

---

# **BACHELORARBEIT**

---

**Marieke Nolte**

**Betriebliches Gesundheitsma-  
nagement: Kommunikations-  
konzepte gegen Übergewicht**

2014

---

# **BACHELORARBEIT**

---

## **Betriebliches Gesundheitsmanagement: Kommunikationskonzepte gegen Übergewicht**

Autor:  
**Marieke Nolte**

Studiengang:  
**Gesundheitsmanagement**

Seminargruppe:  
**GM11wP1-B**

Erstprüfer:  
**Prof. Dr. Volker J. Kreyher**

Zweitprüfer:  
**Dr. rer.nat. Peter Metz**

Einreichung:  
Karlsruhe, 24.06.2014

---

# **BACHELOR THESIS**

---

## **Operational health management: Communication concepts against overweight**

author:  
**Marieke Nolte**

course of studies:  
**Health Management**

seminar group:  
**GM11wP1-B**

first examiner:  
**Prof. Dr. Volker J. Kreyher**

second examiner:  
**Dr. rer. nat. Peter Metz**

submission:  
Karlsruhe, 24.06.2014

## Bibliografische Angaben:

Marieke Nolte

### **Betriebliches Gesundheitsmanagement: Kommunikationskonzept gegen Übergewicht**

Operational health management :  
Communication concepts against overweight

2014 - 75 Seiten

Mittweida, Hochschule Mittweida (FH), University of Applied Sciences,  
Fakultät Medien, Bachelorarbeit, 2014

## **Abstract**

Diese Bachelorarbeit beschreibt anhand von Praxisbeispielen betriebliche Kommunikationskonzepte gegen Übergewicht. Dazu werden zunächst die Grundlagen des betrieblichen Gesundheitsmanagements und seine Hauptanwendungsfelder beschrieben. Aus der Zielsetzung und Aufgabenstellung des betrieblichen Gesundheitsmanagements leitet sich die Notwendigkeit von Präventionsmaßnahmen zur Gesunderhaltung der Belegschaft im Unternehmen ab. Daher werden zunächst Grundlagen zum Inhalt und zum Management von Präventionsmaßnahmen beschrieben. Der Beschreibung und Bewertung konkreter Praxisbeispiele werden Statistiken zur Entwicklung des Übergewichts vorangestellt. Ziel dieser Bachelorarbeit ist es, Erfolgsfaktoren und Optimierungsansätze des Kampagnenmanagements gegen Übergewicht aufzuzeigen.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Abstract.....</b>	<b>IV</b>
<b>Abbildungsverzeichnis.....</b>	<b>VII</b>
<b>1 Aufgabenstellung, Zielsetzung und Aufbau der Arbeit.....</b>	<b>1</b>
<b>2 Betriebliches Gesundheitsmanagement allgemein .....</b>	<b>3</b>
2.1 Organisation: Aufbau- und Ablauforganisation.....	4
2.2 Mitarbeitermotivation.....	6
2.3 Betriebliche Events und Medieneinsatz .....	7
2.4 Gesetzliche Auflagen, Gesundheitsförderung, Förderung durch Krankenkassen und Betriebsärzte.....	9
2.5 Verhältnis- und Verhaltensmanagement.....	12
2.6 Anwendungsfelder.....	14
2.6.1 Sucht.....	14
2.6.2 Rückenschule, Ergonomie.....	14
2.6.3 Stress .....	15
2.6.4 Ernährung.....	15
<b>3 Kommunikations- und Kampagnenmanagement im Gesundheitsbereich.....</b>	<b>17</b>
3.1 Prävention und Gesundheitsförderung.....	18
3.2 Bedeutung der Gesundheitsprävention in Deutschland .....	20
3.3 Kampagnenmanagement.....	22
3.3.1 Strategische Fragen .....	23
3.3.2 Taktische Fragen .....	24
3.4 Große Kommunikationskampagnen.....	27
<b>4 Übergewicht.....</b>	<b>30</b>
4.1 Übergewicht und Risiko.....	31
4.2 Statistiken.....	32
<b>5 Kommunikationskonzepte gegen Übergewicht im betrieblichen Gesundheitsmanagement.....</b>	<b>35</b>
5.1 Ziele.....	35

5.2	“Leicht erreicht” .....	36
5.3	M.O.B.I.L.I.S.....	44
5.4	Gesundheits- und Fitnessinitiative.....	50
<b>6</b>	<b>Erfolgsfaktoren und Optimierung des Kommunikationsmanagements gegen Übergewicht im Betrieb .....</b>	<b>55</b>
	<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>X</b>
	<b>Eigenständigkeitserklärung.....</b>	<b>XVII</b>

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Aufbau der Arbeit, eigene Abbildung .....	1
Abbildung 2: Die Interventionsebene der Gesundheitspolitik.....	4
Abbildung 3: Modell eines integrierten Gesundheitsmanagements.....	5
Abbildung 4: Auswahl der Kommunikationsmittel, eigene Abbildung .....	9
Abbildung 5: Siebenstufiges Sytemmodell, eigene Abbildung .....	18
Abbildung 6: Versorgungsverlauf des Gesundheitssystems.....	22
Abbildung 7: Modell zukünftige Ausrichtung des Gesundheitssystems.....	22
Abbildung 8: Plakat „Gib Aids keine Chance“ .....	27
Abbildung 9: Plakat „Deutschland sucht den Impfpass“ .....	28
Abbildung 10: Plakat „ProOrganspende“ .....	29
Abbildung 11: Tabelle „Gewichtsunterscheidung“ .....	30
Abbildung 12: Adipositas Verteilung in der Welt .....	32
Abbildung 13: Gewichtsverteilung zwischen Männer und Frauen in Deutschland.....	33
Abbildung 14: Gewichtsverteilung im Lebensjahr .....	33
Abbildung 15: Vergleich der Survey-Zeitpunkte zwischen Männern und Frauen.....	34
Abbildung 16: Tabelle Bonusfaktor „leicht erreicht“ .....	38
Abbildung 17: Phasen von „leicht erreicht“, eigene Abbildung.....	39
Abbildung 18: Phasen von M.O.B.I.L.I.S, eigene Abbildung .....	46
Abbildung 19: Phasen der Gesundheits- und Fitnessinitiative, eigene Abbildung.....	51
Abbildung 20: Erfolgsfaktoren und Optimierung des Kommunikationsmanagements, eigene Abbildung.....	55
Abbildung 21: Bewertung der Kommunikationskonzepte, eigene Abbildung.....	59

# 1 Aufgabenstellung, Zielsetzung und Aufbau der Arbeit

<b>Kapitel</b>	<b>Inhaltsübersicht</b>
<b>1 Aufgabenstellung, Zielsetzung und Aufbau der Arbeit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aufgabenstellung</li> <li>- Zielsetzung</li> <li>- Aufbau der Arbeit</li> </ul>
<b>2 Betriebliches Gesundheits- management allgemein</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organisation: Aufbau- und Ablauforganisation</li> <li>- Mitarbeitermotivation</li> <li>- Betriebliche Events und Medieneinsatz</li> <li>- Gesetzliche Auflagen, Gesundheitsförderung , Förderung durch Krankenkassen und Betriebsärzte</li> <li>- Verhältnis- und Verhaltensmanagement</li> <li>- Anwendungsfelder: Sucht, Rückenschule, Stress und Ernährung</li> </ul>
<b>3 Kommunikations- und Kampagnenmanagement im Gesundheits- bereich</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prävention und Gesundheitsförderung</li> <li>- Bedeutung der Gesundheitsprävention in Deutschland</li> <li>- Kampagnenmanagement: Strategische und taktische Fragen</li> <li>- Große Kommunikationskampagnen, z.B. Gib Aids keine Chance!</li> </ul>
<b>4 Übergewicht</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Übergewicht und Risiken</li> <li>- Statistiken</li> </ul>
<b>5 Kommunikations- konzepte gegen Übergewicht im betriebl. Gesundheitsmgt.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ziele</li> <li>- „Leicht erreicht“</li> <li>- M.O.B.I.L.I.S.</li> <li>- Gesundheits- und Fitnessinitiative</li> </ul>
<b>6 Erfolgsfaktoren und Optimierung des Kommunikations- managements</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erfolgsfaktoren</li> <li>- Bewertung der Kommunikationskonzepte</li> <li>- Optimierungsansätze</li> </ul>

Abbildung 1: Aufbau der Arbeit, eigene Abbildung

Übergewicht bei Erwachsenen wird zur immer größer werdenden Herausforderung für das Gesundheitssystem.

Im Hinblick auf die stetig steigende Zahl Übergewichtiger in Deutschland, dem begrenzten Therapieerfolg und die mit Übergewicht verbundenen Begleit- und Folgeer-



krankungen ist die Optimierung und Verstärkung der Prävention von großer Bedeutung. Nur mit konzeptionell verbesserten und qualitativ hochwertigen Kommunikationskampagnen kann diese Entwicklung gestoppt und die Anzahl der nicht heilbaren, kostenintensiven chronischen Erkrankungen verringert werden [vgl.Kempf 2011, 57]. Da die Vermeidung von Übergewicht nur über bleibende Verhaltens- und Lebensstiländerung möglich ist und dabei das Unternehmen als soziales Umfeld der Mitarbeiter eingebunden werden muss, fällt dem betrieblichen Gesundheitsmanagement hierbei eine wichtige Rolle zu.

In der folgenden Bachelorarbeit werden zunächst die Grundlagen des betrieblichen Gesundheitsmanagements beschrieben. Hierbei stehen Aufbau- und Ablauforganisation sowie gesetzliche Auflagen und Anwendungsfelder im Vordergrund.

Ausgehend von der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation werden die Ziele der Gesundheitsförderung und deren Umsetzung in konkrete Kampagnen erläutert. Die Formulierung konkreter Kampagnenziele, die Wahl geeigneter Kommunikationsmedien und -mittel sowie die zielgruppengerechte Kampagnenentwicklung bilden die wesentlichen Bausteine einer erfolgreichen Gesundheitskampagne.

Zur Verdeutlichung des Problemdrucks werden anschließend die statistische Entwicklung der an Übergewicht Erkrankten in Deutschland aufgezeigt und die wesentlichen Folge- und Begleiterkrankungen aufgeführt.

Der Hauptteil der Arbeit konzentriert sich auf die Beschreibung und Evaluation von betrieblichen Kommunikationskonzepten gegen Übergewicht. Als Beispiel dienen „leicht erreicht“ der pronova BKK, das M.O.B.I.L.I.S-Programm der Universität Freiburg, der Sporthochschule Köln und der Barmer Ersatzkasse sowie die Studie „Gesundheits- und Fitnessinitiative“ der Bundeswehr.

Wesentliches Auswahlkriterium für die Beispiele war, dass die Konzepte sowohl die Bereiche Ernährung und Bewegung umfassten als auch Maßnahmen zur Verhaltens- und Verhältnisänderung anboten.

Zum Abschluss werden aus den beschriebenen Grundlagen und den Bewertungen der Praxisbeispiele die wesentlichen Erfolgsfaktoren eines betrieblichen Kommunikationskonzeptes gegen Übergewicht abgeleitet und die beschriebenen Konzepte daran gespiegelt.

## **2 Betriebliches Gesundheitsmanagement allgemein**

Die Unternehmen stehen vor dem Hintergrund der Globalisierung und des demographischen Wandels unter ständigem Veränderungs- und Anpassungsdruck.

Sie begegnen diesem Druck mit Innovationen in der Technik, mit Verbesserung in der Aufbau- und Ablauforganisation und mit neuen, für den Markt interessanten Produkten sowie mit immer kleinerem und jüngerem Mitarbeiterstamm.

Stehen die Steigerungen der Wettbewerbsfähigkeit, der Flexibilität und der Servicequalität als wichtige Erfolgsfaktoren der Unternehmen im Vordergrund, dann ist dies ohne qualifizierte, motivierte, zufriedene und gesunde Mitarbeiter nicht möglich [vgl. Badura 2003, 25].

Genau an diesem Punkt setzt ein umfassendes betriebliches Gesundheitsmanagement an. Es umfasst die bewusste Steuerung und Einbeziehung aller betrieblichen Prozesse mit den Zielen:

- Senkung der Krankheitskosten
- Optimierung gesundheitsfördernder Arbeits- und Organisationsstrukturen
- Förderung des Engagements und des eigenverantwortlichen Arbeitens
- Erhalt der Leistungsfähigkeit bis ins Rentenalter
- Reduzierung der Kosten für Personalakquise
- Senkung der Fluktuationsrate [vgl. Froböse/Wilke/Biallas 2011, 1]

Das betriebliche Gesundheitsmanagement ist also Führungs- und Managementaufgabe. Es erweitert die Praxis des Arbeits- und Gesundheitsschutzes und wirkt auf alle drei Erfolgskomponenten des Unternehmens:

- Humankapital: Qualifikation, Selbstvertrauen, Motivation, Befinden und Gesundheit
- Sachkapital: Technik, Gebäude und Ausstattung
- Sozialkapital: Soziale Beziehungen, Führung, Vertrauen, Werte und Überzeugungen.

Genauso wie alle anderen Optimierungs- und Veränderungsprozesse ist auch das Gesundheitsmanagement als kontinuierlicher Lernprozess zu organisieren. Es folgt die Vision einer "gesunden Organisation" in Unternehmen [vgl. Walter/Münch/Badura 2003,29].

#### Die Interventionsebenen der betrieblichen Gesundheitspolitik

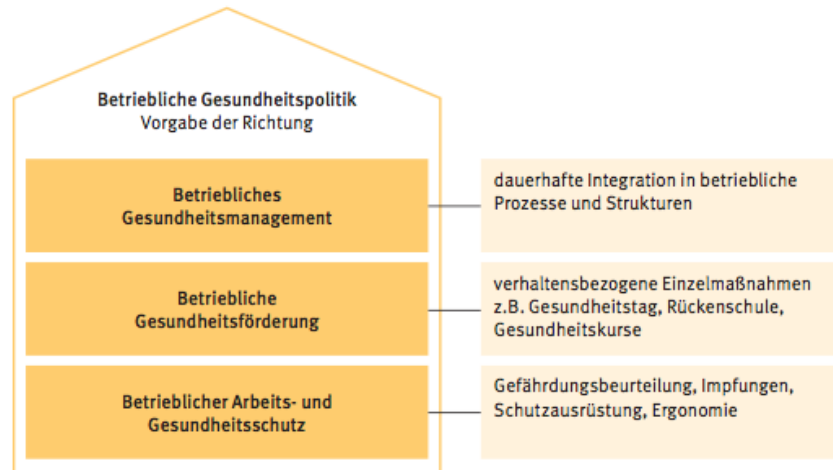


Abbildung 2: Die Interventionsebene der Gesundheitspolitik

## 2.1 Organisation: Aufbau- und Ablauforganisation

Art und Ausprägung der Implementierung des betrieblichen Gesundheitsmanagements hängen selbstverständlich von der Größe des Unternehmens ab. Unabhängig davon sollten jedoch folgende Aspekte berücksichtigt und bearbeitet werden:

**Betriebspolitische Voraussetzungen:** Die explizite und dauerhafte Unterstützung der Unternehmensführung ist unabdingbare Voraussetzung für den Implementierungserfolg. Daher müssen finanzielle und personelle Ressourcen in ausreichendem Umfang bereitgestellt, die wesentlichen Eckpunkte in einer Betriebsvereinbarung verankert und externe Experten z.B. Krankenkassen, Berufsgenossenschaft eingebunden werden [vgl. Walter/Münch/Badura 2003,30].

**Aufbauorganisation:** Bei der Verankerung in die Struktur des Unternehmens sollte die bereits vorhandenen des betrieblichen Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung genutzt werden.

Dies gilt auch für die bestehenden Managementsysteme, den Arbeitsschutzausschuss (ASA) und eingerichtete Qualitäts- und Gesundheitsgremien. Das Ergebnis ist ein in die Struktur des Unternehmens vollständig integriertes Gesundheitsmanagement:

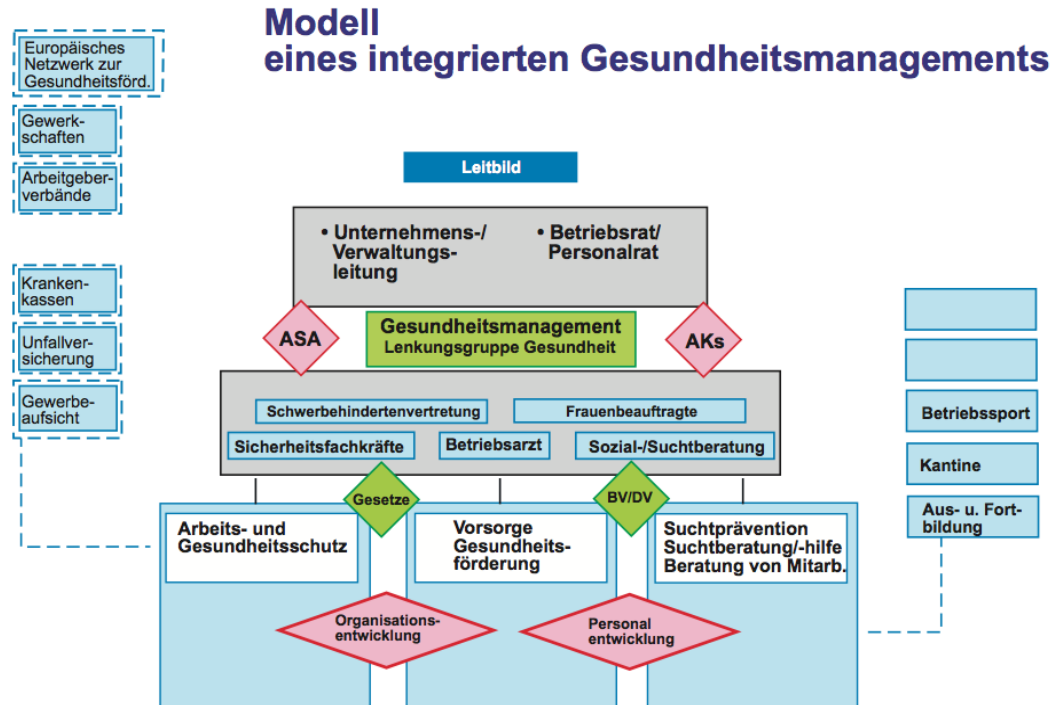


Abbildung 3: Modell eines integrierten Gesundheitsmanagements

**Ablauforganisation:** Der Charakter eines erfolgreichen betrieblichen Gesundheitsmanagements ist der eines kontinuierlichen Lernprozesses. Daher bilden die vier Prozesse Diagnose, Interventionsplanung, Intervention und Evaluation den eigentlichen Kern des Gesundheitsmanagements. Sie müssen in einer zeitlichen und inhaltlichen Abfolge stehen.

Der Diagnoseprozess umfasst die systematische Istaufnahme der bestehenden gesundheitlichen Situation der Belegschaft und der Einflussgrößen aus der Organisation, aus Führungssystemen und aus der technischer Betriebsausstattung. Zur Istaufnahme bietet sich eine repräsentative Mitarbeiterbefragung an, die die Arbeitsbedingungen und die Arbeitszufriedenheit systematisch erfasst. Die Qualität des Fragebogens und die anschließende Auswertung der Ergebnisse hat entscheidenden Einfluss auf den zweiten Prozess.

Im Prozess der Interventionsplanung werden die Handlungsbedarfe identifiziert und Maßnahmen abgeleitet. Alle Maßnahmen sind mit Zielen, Soll-Vorgaben und zu betrachtenden Organisationseinheiten detailliert zu planen.

Der dritte Kernprozess „Intervention“ umfasst die Maßnahmendurchführung und -steuerung. Die Maßnahmen befassen sich im wesentlichen mit

- der Erhöhung der Transparenz im Unternehmen durch Kommunikation der erreichten Ziele,
- der Verbesserung der Vertrauenskultur,
- der Optimierung des Dialogs zwischen Führungskräften und Mitarbeitern,
- der stärkeren Ausrichtung der Organisations- und Arbeitsbedingungen auf Gesundheitsförderung,
- der Verhaltensänderung der Mitarbeiter im Hinblick auf z.B. Gesunderhaltung und Entwicklung höherer sozialer Kompetenz.

Zur Bearbeitung der Maßnahmen bieten sich u.a. Qualitäts- und Gesundheitszirkel an.

In Zusammenarbeit mit Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und mit Unterstützung externer Beratung können Schulungen, Coachingmaßnahmen, Events und Einzelgespräche durchgeführt werden [vgl. Walter/Münch/Badura 2003,32].

Der Regelkreis wird mit der Evaluation geschlossen. Die Ergebnisprüfung erstreckt sich auf zwei Felder:

- Ergebnisprüfung: War die Maßnahme ein Erfolg? Konnten die Ziele erreicht werden? Diese Fragen sind mit Unterstützung von Interviews und Befragungen zu klären.
- Prozessprüfung: Wie erfolgreich war die Projektarbeit? Gab es Hindernisse während des Projektverlaufs? Die Antworten werden in sogenannten Evaluationsworkshops gemeinsam mit den Projektbeteiligten gegeben [vgl. Dohm/Wilhelm/Töpsch 2011,17].

## 2.2 Mitarbeitermotivation

Entscheidend für den Erfolg eines Unternehmens sind Mitarbeiter, die sich mit dem Unternehmen identifizieren und motiviert arbeiten. Verschiedene Studien haben gezeigt,

dass auf diesem Gebiet noch große Mängel bestehen. So haben einer Gallup-Studie zur Folge 66% der Befragten nur eine geringe emotionale Bindung und 21% keine Bindung an das Unternehmen. Dies hat schwere Folgen im Verhalten der Mitarbeiter. Die Motivation fehlt, Fehlzeiten sind erhöht, die Bereitschaft zum Wechsel des Arbeitgebers ist hoch und die Kundenorientierung gering.

Das interne Marketing befasst sich mit der alle Unternehmensfunktionen einschließenden Gestaltung einer marktorientierten Organisation und Unternehmenskultur. Hierbei ist die Mitarbeiterkompetenz Grundvoraussetzung des Unternehmenserfolgs. Das Verhalten, das Vertrauen und die soziale Kompetenz innerhalb des Unternehmens sind bestimmende Größen für die Behandlung des Kunden, für die Güte der hergestellten Produkte und Dienstleistungen. Ist das Unternehmen intern schlecht aufgestellt, kann es auch am Markt nicht erfolgreich sein.

Zur Unterstützung des internen Marketings nimmt das Personalmanagement eine wichtige Rolle ein.

Abgeleitet aus der Unternehmenskultur sind Bildungsmaßnahmen und Organisationsverbesserungen zielgerichtet umzusetzen. Das betriebliche Gesundheitsmanagement kann hierzu wichtige Beiträge liefern, da es Einstellungen und Verhaltensweisen im Sinne der angestrebten Unternehmenskultur positiv verändern kann. Bestehende Widersprüche zwischen dem nach außen kommunizierten Markenversprechen und der innerhalb des Unternehmens gelebten Werte und Verhaltensweisen können vermieden und damit die Mitarbeiteridentifikation und -motivation gesteigert werden [vgl. Meffert/Burmann/Kirchgeorg 2012,884-889].

## **2.3 Betriebliche Events und Medieneinsatz**

Der Erfolg von Maßnahmen und Kampagnen des betrieblichen Gesundheitsmanagements hängt in hohem Maße von der Wahl der Kommunikationsmedien ab.

In einer Zeit der Reizüberflutung ist eine zunehmende Informationsüberlastung die konsequente Folge. Soll eine Kampagne wahrgenommen und akzeptiert werden, so muss sie einen Nutzwert bringen und den Dialog ermöglichen. Hierbei stützt man sich heute nicht auf ein einziges Medium, wie z.B. eine Mitarbeiterbroschüre, sondern setzt unterschiedliche Medien ein z.B. Dialog, Mobile Apps. Acht Kriterien sind hierbei zu beachten:

*Durchgängige Leitidee:*

Gibt es ein durchgängiges, fesselndes Leitmotiv? Ist eine motivierende Story klar zu erkennen?

*Auf die Zielgruppe und die Maßnahme ausgerichtete Medienwelt*

Sind Interaktionen möglich? Fördern moderne technische Hilfsmittel die Motivation?

*Integration der ausgewählten Kommunikationsmittel:*

Inhaltliche Übereinstimmung, formale Integration durch gleiche Gestaltungsmerkmale und somit hohe Wiedererkennbarkeit der Kampagne, gesamtheitliche Abstimmung der einzelnen Kommunikationsmittel.

*Vernetzung der Kommunikationsmittel:*

Verweise zwischen den einzelnen Medien, z.B. von der Broschüre zur Vereinbarung eines Dialogs oder zum Termin eines Events.

*Interaktionsmöglichkeiten und Aktivierung:*

Kann der Mitarbeiter aktiv werden, Antworten geben, Meinungen äußern?

*Multisensorische Ansprache:*

Werden durch die Kampagne mehrere Sinne angesprochen und damit die Wahrnehmung intensiviert?

*Zielmedium:*

Gibt es unter den ausgewählten Kommunikationsmitteln ein Medium auf das alle anderen hinführen?

*Mehrwert und Nutzwert für die Mitarbeiter:*

Welcher Nutzen liegt beim Mitarbeiter? Spart er Zeit oder Geld? Fühlt er sich wohler? Hat er Spaß [vgl. Mahrtdt 2009,12-27] ?

Werden Leitidee und Zielgruppe der Maßnahme/Kampagne im Rahmen der Interventionsplanung aus den Handlungsbedarfen abgeleitet, so muss die Wahl der Kommunikationsmittel auf die Zielgruppe abgestimmt werden:

Kommunikationsmittel	Beschreibung
<b>Firmen-TV</b>	Schnelle Steigerung des Bekanntheitsgrades der Kampagne
<b>Mitarbeiterzeitschrift und Broschüren</b>	Vermittlung komplexer und detaillierter Informationen, gezielte Ausrichtung nach Zielgruppen möglich (z.B. AOK-Broschüren für Mitarbeiter u. Führungskräfte)
<b>Online und Intranet</b>	Versenden von E-Mail-Newslettern, Bildern und Berichten der durchgeführten Maßnahmen
<b>Mobil</b>	Durch Smartphone-Apps interaktive Nutzung ermöglichen, z.B. Ergebnisse der eigenen sportlichen Aktivitäten
<b>Dialog</b>	Einzelansprache der Mitarbeiter, besonders wichtig bei Maßnahmen der Verhaltensänderung
<b>Event</b>	z.B. Auftakt- und Mitarbeitermotivationstreffen, stärkt den Gemeinsinn, das Wir-Gefühl
<b>Werbeartikel</b>	Verstärkung der Kampagnenbotschaft, z.B. Tassen, Key-chains

Abbildung 4: Auswahl der Kommunikationsmittel, eigene Abbildung

Neben den genannten Kommunikationsmitteln können auch überraschende, unkonventionelle bzw. provokante Maßnahmen in die Kampagne eingeflochten werden. Dadurch wird die Aufmerksamkeit der Zielgruppe erhöht. Diese sogenannte „Guerilla-Maßnahmen“ sind in allen Instrumenten möglich.

Wichtig ist, dass bei der Konzeption von Maßnahmen die Zielsetzung der Corporate Identity und des Corporate Behaviour berücksichtigt und unterstützt werden. So trägt das betriebliche Gesundheitsmanagement dazu bei, die unverwechselbare Identität und die aufgestellten Verhaltensregeln des Unternehmens zu vertiefen. Vor allem für mittlere und kleine Unternehmen ist wichtig, dass Krankenkassen und Berufsgenossenschaften mit ihrem Wissen aktiv eingebunden werden können [vgl. Mahrtdt 2009, 41-95].

## 2.4 Gesetzliche Auflagen, Gesundheitsförderung, Förderung durch Krankenkassen und Betriebsärzte

„Betriebe und Unternehmen zählen zu den wichtigsten Interventionsfeldern von Prävention und Gesundheitsförderung - der Zusammenhang zwischen Arbeit und Gesundheit ist mittlerweile hinreichend nachgewiesen worden. Der/die durchschnittliche Erwerbstätige verbringt ca. 40 Stunden pro Woche (an Werktagen ca. 40% seiner wachen Zeit) am Arbeitsplatz. In dieser Zeit wirken vielfältige fördernde sowie belastende



physische, psychische, soziale, organisatorische und gesellschaftliche Bedingungen einer Arbeitssituation (z.B. materielle/physische und organisatorische Arbeitsbedingungen; Entscheidungs- und Handlungsspielräume; persönliche Entwicklungsperspektiven; Transparenz; Einflussmöglichkeiten; Führungsverhalten; Kommunikation und Kooperation) auf die Gesundheit des Menschen ein“ [Siebert 2005, 95 f.].

### *Gesetzliche Auflagen*

Daher hat der Gesetzgeber in Deutschland klare Auflagen definiert. Im Sozialgesetzbuch (§§ 20 und 20a) werden die Krankenkassen zur Primärprävention verpflichtet und aufgefordert, Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben zu erbringen [mds 2013, 88].

Darüber hinaus kann die Krankenkasse in ihrer Satzung festlegen, dass sowohl Arbeitgeber als auch die Versicherten Boni erhalten [vgl. Froböse/Wilke/Buallas 2011, 8].

Geschlossen wird der Rahmen der gesetzlichen Auflagen durch:

- § 1 u. 14 SGB VII: *„Aufgabe der Unfallversicherung ist es, nach Maßgabe der Vorschriften dieses Buches mit allen geeigneten Mitteln Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten sowie arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten“.*
- „Die Unfallversicherungsträger haben mit allen geeigneten Mitteln für die Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und für eine wirksame Erste Hilfe zu sorgen“.
- *„Arbeitssicherheitsgesetz(1973):* Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit.
- *Arbeitszeitgesetz(1994):* regelt Arbeits-, Pausen- und Erholungszeiten zum Schutz der Gesundheit und zur Flexibilisierung der Arbeitszeit.
- *Arbeitsschutzgesetz(1996):* Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit – regelt die Pflichten der Arbeitgeber sowie Pflichten und Rechte der Arbeitnehmer.
- *Arbeitsstättenverordnung(2004):* sicherheitstechnische, arbeitsmedizinische und Hygiene-Regeln für die Einrichtung und den Betrieb von Arbeitsstätten, auch Nichtraucherschutz am Arbeitsplatz.
- *Bildschirmarbeitsverordnung(2004):* Verordnung über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit an Bildschirmgeräten“ [Sonntag/Hartmann 2008, 45].

### *Maßnahmenförderung*

Der Gesetzgeber hat Arbeitgeber und Krankenkassen nicht nur durch Auflagen verpflichtet, sondern schafft auch finanzielle Anreize zur Förderung der Mitarbeitergesundheit. Seit 01.01.2009 kann ein Unternehmen bis zu 500€ je Mitarbeiter und Jahr lohnsteuerfrei in Maßnahmen der Gesundheitsförderung investieren [vgl. Froböse/Wilke/Biallas 2011,17].

### *Aktive Unterstützung der Krankenkassen*

Die Unternehmen, vor allem mittlere und kleine Betriebe, benötigen zur Maßnahmenumsetzung der Gesundheitsförderung die Unterstützung der Krankenkassen. Daher ordnet der Gesetzgeber den Krankenkassen auf diesem Gebiet eine aktive Rolle zu. Jede Kasse bietet ein breites Spektrum gesundheitsfördernder Maßnahmen an. Es erstreckt sich von der Analyse bis zur Umsetzung der Maßnahme in die Praxis.

Beispiele: „Gesundheitsgefahren im Unternehmen systematisch zu analysieren, etwa mit Fragebogen, Datenanalyse oder Workshops, die Strukturen für ein betriebliches Gesundheitsmanagement aufzubauen, Kurs- oder Beratungsangebote für die Belegschaft zu schaffen, in Kantinen gesundes Essen anzubieten“ [TK 2008,2].

### *Rolle des Betriebsarztes:*

„Der Betriebsarzt ist im System „Betrieb“ der einzige Spezialist, der auf Grund seiner Ausbildung und seiner gesetzlich definierten Aufgaben sowohl über den Arbeitsplatz als auch über die individuellen gesundheitlichen Voraussetzungen des Mitarbeiters informiert ist“ [Arnold 2010, 9].

Aus dieser Spezialistenrolle ergeben sich folgende Aufgaben im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements:

- „Motivation des Unternehmers, auf der Grundlage aussagefähiger Kosten-Nutzen-Daten ein Gesundheitsmanagementsystem zu etablieren
- Beratung bei der Planung und Ausgestaltung der Strukturen und der Inhalte des Gesundheitsmanagements
- Teilnahme am Steuerkreis Gesundheit und Moderation von Gesundheitszirkeln
- Auswertung der Daten von Gesundheitsberichten der Krankenkassen, um Hinweise für geeignete Maßnahmen zu erhalten
- Motivation der Beschäftigten zur Teilnahme an Gesundheitsmaßnahmen

- Initiierung und Begleitung von:
  - allgemeinen Maßnahmen zur Information und Motivation
  - regelmäßigen betrieblichen Informationen zu Gesundheitsthemen
  - spezifischen Maßnahmen an ausgewählten Arbeitsplätzen
- Beurteilung und ggf. Zusammenarbeit mit externen Anbietern von Maßnahmen der Gesundheitsförderung (z.B. Entspannungsverfahren, Ernährungsberatung, Raucherentwöhnung)
- Unterstützung einer regelmäßigen Evaluation durchgeführter Maßnahmen
- Mitgestaltung regelmäßiger Berichte über Maßnahmen und Ergebnisse im betrieblichen Gesundheitsmanagement [DGUV 2014,20].“

## 2.5 Verhältnis- und Verhaltensmanagement

Bei Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements stehen zwei Ansätze zur Gesundheitsförderung im Vordergrund.

### *Das Verhältnismanagement*

„Maßnahmen, die die ergonomische Gestaltung der Arbeitsumgebung und Arbeitsmittel, aber auch entsprechende Arbeitsinhalte und die Arbeitsorganisation betreffen“ [Kreis/Bödeker 2003, 40].

Das Spektrum und damit die Reichweite dieser Maßnahmen ist sehr groß:

- Ergonomische Veränderungen am Arbeitsplatz
- Verbesserung des Kantinenessens
- Rauchfreier Betrieb
- Einrichtung von Gesundheitszirkeln
- Veränderung der Arbeitsorganisation, z.B. Job-Rotation, Job-Enrichment, Gruppenarbeit, Veränderung der Schichtarbeit und flexible Arbeitszeiten
- Veränderung des Führungssystems, des Führungsstils der Unternehmenskultur und des Betriebsklimas [vgl.Kreis/Bödeker 2003, 40].

### *Das Verhaltensmanagement*

Maßnahmen, die Mitarbeiter „darin unterstützen, gesunde Verhaltensweisen aufzunehmen unter der Annahmen, dass dieses einen verbesserten Gesundheitszustand zur Folge hat“ [Kreis/Bödeker 2003, 12].

Beispiele für verhaltensorientierte Maßnahmen sind:

- Ernährung: Kurse und Beratung
- Ergonomie: Rückenkurse und spezielles Muskeltraining
- Stress: Kurse zur Entspannung, Stressmanagement, Weiterbildung
- Sucht: Tabakentwöhnung
- Organisationsentwicklung: Fort- und Weiterbildung im Hinblick auf Teamarbeit, Job-Rotation
- Unternehmenskultur: Fort- und Weiterbildung im Hinblick auf Führungssysteme und -stil [vgl. Froböse/Wilke/Biallas2011,12].

Dabei haben Maßnahmen im Unternehmen zur Verhaltensänderung gegenüber den allgemeinen, der gesamten Öffentlichkeit angebotenen Maßnahmen einige nennenswerte Vorteile:

- Mit geringen Kosten können viele Personen erreicht werden auch die, die sonst keine professionelle Hilfe annähmen.
- Leichter Zugang zu den Mitarbeitern durch Nutzung vorhandener Kommunikationskanäle und räumliche Nähe
- Nutzung des betrieblichen Umfeldes, des Kollegenkreises und damit des direkten sozialen Umfeldes
- Nutzen für das Unternehmen durch Reduzierung der Fehlzeiten und Erhöhung der Produktivität [vgl. Kreis/Bödeker 2003,12].

## 2.6 Anwendungsfelder

Mit Blick auf die krankheitsbedingten Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft und der geförderten Handlungsschwerpunkte der Krankenkassen konzentriert sich das betriebliche Gesundheitsmanagement vordringlich auf vier Themen:

- Sucht
- Rückenschule, Ergonomie
- Stress
- Ernährung [vgl. Froböse/Wilke/Biallas 2011, 13]

### 2.6.1 Sucht

Gegenstand dieses Anwendungsfeldes ist die Prävention vor Alkoholmissbrauch und Tabakkonsum. Laut Schätzung der internationalen Arbeitsorganisation (ILO) sind drei bis fünf Prozent der Berufstätigen alkoholabhängig. Dies führt zu einem Anteil von 15 bis 25% an den Arbeitsunfällen und zu einem Produktionsverlust von 15% [vgl. Bachofen 2007, 1]. Konzentrierte man sich in der Vergangenheit auf die Heilung individueller Suchtkranker, steht seit einigen Jahren auch die Prävention im Vordergrund, d.h. ein Umfeld im Unternehmen zu schaffen, dass die Suchtgefahr merkbar reduziert. So muss die Suchtprävention in die Unternehmens- und Führungskultur aufgenommen werden und damit die Frage beantwortet werden, wie im Unternehmen mit Suchtmitteln umgegangen wird, z.B. kein Alkoholangebot in der Kantine, der rauchfreie Arbeitsplatz. Darüber hinaus ist das Management anhand seines Führungs- und Vorbildverhaltens gefordert, z.B. durch mehr Aufmerksamkeit gegenüber Veränderungen im Verhalten oder in der Leistung von Mitarbeitern, Setzen von erreichbaren Zielen, ausgleichender Umgang mit Konflikten [vgl. Bachofen 2007, 2].

### 2.6.2 Rückenschule, Ergonomie

Falsch eingerichtete Arbeitsplätze ziehen gesundheitliche Probleme nach sich, wie z.B. Rückenschmerzen, ermüdete Augen, Verspannungen.

Zwei Ansatzpunkte zur Vermeidung dieser gesundheitlichen Auswirkungen sollten genutzt werden.

*Ergonomie am Arbeitsplatz:* Ziel ist es, den Arbeitsplatz und die Arbeitsmittel den Fähigkeiten, Bedürfnissen und Fertigkeiten der Mitarbeiter anzupassen, z.B. richtige Höhe von Stühlen und Tischen in Büros. Zur Zielerreichung sind Schulungen notwendig, die den richtigen Umgang mit den ergonomischen Mitteln sicherstellen.

*Bewegungsprogramme und Muskeltraining:* Steigerung der körperlichen Belastbarkeit durch kurze aktivierende Trainings [vgl.Riesen 2007,1].

### 2.6.3 Stress

Auf die Gesundheit negativ wirkender Stress tritt immer dann auf, wenn die gestellten Anforderungen mit den eigenen Möglichkeiten und Mitteln (z.B. Zeit, Fähigkeiten, Erfahrungen) nicht im Gleichgewicht stehen. Dieser negativer Stress löst einen Spannungszustand aus, der, wenn er längerfristig besteht, zu physischen (z.B. Herzrhythmusstörungen) bzw. psychischen (z.B. Konzentrations-/Schlafstörungen) Beschwerden führt [vgl.Bauer 2007, 1]. Auch in diesem Anwendungsfeld gibt es zwei Ansatzpunkte für das betriebliche Gesundheitsmanagement:

*Individuelle Maßnahmen:* Regelmässige Bewegung und Entspannung, ausreichender Schlaf, ausgewogene Ernährung, Pflege von sozialen Kontakten, Überprüfen der eigenen Einstellungen zur Arbeit.

*Strukturelle und arbeitsbezogene Maßnahmen:* Verbesserung des Arbeitsklimas, der Arbeitsorganisation und der Kommunikation im Unternehmen, Verstärkung der Unternehmenskultur im Hinblick auf Wertschätzung und ganzheitlich gestalteten Arbeitsplätzen [vgl.Buchner 2012, 35-39].

### 2.6.4 Ernährung

Die Gesundheit, das Wohlbefinden und damit die Leistungsfähigkeit werden in starkem Maße von der Ernährung beeinflusst. Vor allem in den letzten Jahren haben Fast Food, Fertiggerichte, usw. gegenüber der regelmäßigen, vollwertigen Mahlzeit an Zuspruch gewonnen [vgl.Curvajal 2007, 1]. Die Aufnahme von zuviel Fett, Eiweiß sowie Zucker

und damit von zuviel Kalorien ist die logische Folge. Gesundheitliche Auswirkungen sind Leistungsminderung, Konzentrationsschwäche, Übergewicht und die daraus resultierenden Folgeerkrankungen.

Prävention in diesem Anwendungsfeld besteht aus den Komponenten:

*Verhaltensänderung:* Auf die einzelne Zielgruppen (z.B. Geschlecht, Bevölkerungsgruppe) zugeschnittene Aufklärungs- und Unterstützungsmaßnahmen, d.h. neben der reinen Wissensvermittlung müssen konkrete und motivierende Umsetzungshilfen angeboten werden

*Maßnahmen im Unternehmen:* Angebote an Obst, gesunden Getränken und vollwertigen Gerichten in Betrieben mit Gemeinschaftsverpflegung [vgl. Beer 2012, 19].

### 3 Kommunikations- und Kampagnenmanagement im Gesundheitsbereich

Die Definition des Begriffs „Kommunikationskampagne“ setzt sich aus zwei Bestandteilen zusammen.

*Kommunikation:* Damit ist die Interaktivität von Prozessen/Maßnahmen gemeint und damit die Kommunikation, der Austausch in beide Richtungen.

*Kampagne:* Die Prozesse/Maßnahmen sind zielgerichtet, systematisch aufgebaut und werden mit der gewünschten Intensität durchgeführt [vgl. Bonfadelli/Friemel 2010,15].

„Kommunikationskampagnen umfassen damit:

- Die Konzeption, Durchführung und Evaluation von
- systematischen und zielgerichteten
- Kommunikationsaktivitäten zur
- Förderung von Wissen, Einstellungen und Verhaltensweisen
- gewisser Zielgruppen
- im positiven, d.h. gesellschaftlich erwünschten Sinn“ [Bonfadelli/Friemel 2010,16].

Zur Festlegung, Planung, Durchführung und Evaluation konkreter Kommunikationskampagnen bietet sich folgendes siebenstufiges Systemmodell an:





Abbildung 5: Siebenstufiges Systemmodell, eigene Abbildung

[vgl. Bonfadelli, Friemel 2010, 24-26]

Im Abschnitt 3.1 wird näher auf die Definition des Kampagnenumfeldes eingegangen, während der Abschnitt 3.2 die strategischen und taktischen/operativen Aspekte des Kampagnenmanagements detaillierter beschreibt.

### 3.1 Prävention und Gesundheitsförderung

Mit Prävention soll das Eintreten eines schlechteren Gesundheitszustandes vermieden werden. Dabei wird unterschieden in:

- *Primärprävention*, die auf die Verminderung von Krankheitsursachen zielt und damit die Eintrittswahrscheinlichkeit von Krankheiten reduziert,
- *Sekundärprävention*, die sich mit der Therapie von Erkrankungen im Frühstadium befasst,
- *Tertiärprävention*, die die Verzögerung bzw. Verschlimmerung bereits eingetretener Erkrankungen umfasst.

Nicht-medizinische Prävention wird insbesondere im Rahmen der Primär- und Tertiärprävention durch Verhaltens- und Verhältnisbeeinflussungen durchgeführt [vgl. Rosenbrock 2009, 344].

Den entscheidenden Anstoß zur systematischen Gesundheitsförderung und damit zur Einrichtung und Ausgestaltung des betrieblichen Gesundheitsmanagements gab die Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die 1986 auf der ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung beschlossen wurde. Gesundheitsförderung wird als ein Prozess beschrieben, um allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung zu ermöglichen. Allen Menschen soll Chancengleichheit auf dem Gebiet der Gesundheit geboten werden. Die Gesundheitsförderung soll umfassend vernetzt werden, d.h. über alle Lebensbereiche hinweg, auf das Individuum, auf Gemeinschaften oder auf Berufsgruppen bezogen sowie alle Sektoren einer Gesellschaft (z.B. Wirtschaft, Sozialwesen, Regierung) einschließen [vgl. Rosenbrock 1998, 1-12].

„Gemeinsame Verpflichtung zur Gesundheitsförderung. Die Teilnehmer der Konferenz rufen dazu auf:

- an einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik mitzuwirken und sich dafür einzusetzen, dass eindeutiges politisches Engagement für Gesundheit und Chancengleichheit in allen Bereichen zu Stande kommt;
- allen Bestrebungen entgegenzuwirken, die auf die Herstellung gesundheitsgefährdender Produkte, auf die Erschöpfung von Ressourcen, auf ungesunde Umwelt- und Lebensbedingungen oder auf eine ungesunde Ernährung gerichtet sind; sie verpflichten sich, Fragen des öffentlichen Gesundheitsschutzes wie Luftverschmutzung, Gefährdungen am Arbeitsplatz sowie Wohn- und Raumplanung in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stellen;
- die gesundheitlichen Unterschiede innerhalb der Gesellschaften zwischen ihnen abzubauen und die von den Vorschriften und Gepflogenheiten dieser Gesellschaften geschaffenen Ungleichheiten im Gesundheitszustand zu bekämpfen;
- die Menschen selber als die Träger ihrer Gesundheit anzuerkennen und zu unterstützen und auch finanziell zu befähigen, sich selbst, ihre Familien und Freunde gesund zu erhalten. Soziale Organisationen und die Gemeinde sind dabei als entscheidende Partner im Hinblick auf Gesundheit, Lebensbedingungen und Wohlbefinden zu akzeptieren und zu unterstützen;

- die Gesundheitsdienste und ihre Mittel auf die Gesundheitsförderung umzuorientieren und auf das Zusammenwirken der Gesundheitsdienste mit anderen Sektoren, anderen Disziplinen und – was noch viel wichtiger ist – mit der Bevölkerung selbst hinzuwirken;
- die Gesundheit und ihre Erhaltung als wichtige gesellschaftliche Investition und Herausforderung zu betrachten und die globale ökologische Frage unserer Lebensweisen aufzuwerfen“ [Rosenbrock 1998, 5].

Auf der Ottawa-Charta aufbauend hat die EU in der Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung (1997) die Anforderungen an die Unternehmen konkretisiert und die wichtigsten Handlungsfelder für Verbesserungen aufgeführt:

- „Unternehmensgrundsätze und -leitlinien, die in den Beschäftigten einen wichtigen Erfolgsfaktor sehen und nicht nur einen Kostenfaktor
- eine Unternehmenskultur und entsprechende Führungsgrundsätze, in denen Mitarbeiterbeteiligung
- verankert ist, um so die Beschäftigten zur Übernahme von Verantwortung zu ermutigen
- eine Arbeitsorganisation, die den Beschäftigten ein ausgewogenes Verhältnis bietet zwischen Arbeitsanforderungen einerseits und andererseits eigenen Fähigkeiten, Einflussmöglichkeiten auf die eigene Arbeit und sozialer Unterstützung
- eine Personalpolitik, die aktiv Gesundheitsförderungsziele verfolgt
- ein integrierter Arbeits- und Gesundheitsschutz“ [dnbgf 2007, 4].

Zum Austausch von Best-Practice ist ein europäisches Netzwerk von Unternehmen entstanden [vgl.dnbgf 2007, 3].

## **3.2 Bedeutung der Gesundheitsprävention in Deutschland**

Im Bezug auf die Prävention war die Bundesrepublik in den ersten Nachkriegsjahren ein Entwicklungsland. Zwar begannen die ersten 30 Jahre des 20. Jahrhundert mit der

Sozialepidemiologie und den Strategiekonzepten der Sozialhygiene durchaus vielversprechend, doch kam dies während des Faschismus zu einem umfassenden gesundheitspolitischen Absturz. Aus Sozialhygiene wurde „Rassenhygiene“ und damit aus bevölkerungsbezogenem Gesundheitsschutz industrialisierter Massenmord [vgl. Rosenbrock 1998, 6].

„Nach dem Ende des Faschismus waren bevölkerungsbezogene, d.h. über die medizinisch therapeutische Intervention am erkrankten Individuum hinausweisende Ansätze der Gesundheitspolitik zunächst gründlich diskreditiert, die meisten ihrer ursprünglichen und legitimen Vertreter ermordet oder emigriert. Unterstützt durch eine konservative Mittelstandspolitik mit besonderer Affinität zur Gruppe der Ärzte wurde in der alten Bundesrepublik noch stärker als in anderen industrialisierten Ländern Gesundheitspolitik in den ersten Nachkriegsjahrzehnten auf Medizinpolitik reduziert, der niedergelassene Arzt zur Leitfigur der Gesundheitssicherung, der öffentliche Gesundheitsdienst demontiert. Damit war auch die Verbindung zu den älteren Theorien bevölkerungsbezogener Gesundheitspflege abgeschnitten. Konzepte zur Gesundheitsverbesserung konzentrierten sich auf mehr Inanspruchnahme, mehr Technik und auf im weltweiten Vergleich einmalig umfangreiche epidemiologisch aber ziemlich wirkungsarme Programme der individuellen Früherkennung“ [Rosenbrock 1998, 6].

Es entwickelte sich eine Hegemonie des Medizinsystems mit einem Schwerpunkt auf einzelne Patienten bezogene, technisch- pharmakologische Biomedizin. Mit der Logik der Marktwirtschaft baute die Pharmaindustrie mit tatkräftiger Unterstützung der Apotheken- und Ärzteschaft eine auf Medikamenteneinnahme konzentrierte Gesundheitspraxis auf. So wurden gesellschaftlich verursachte Probleme der Gesundheit zu Problemen von Individuen. Damit wurden in immer höherem Maße vermarktungsfähige Waren, einschließlich Therapien, ärztliche Leistungen, Medikamente, Sportkleidung usw. nachgefragt [vgl. Rosenbrock 1998, 15].

Diese Marktmacht sorgte dafür, dass die gesetzlichen Krankenkassen weniger als vier Prozent des gesamten Budgets für Prävention ausgeben.

Dazu kommt, dass zwar den Krankenkassen laut Gesetz eine wichtige Rolle in der Gesundheitsförderung zufällt, ihre gesamte Entwicklung und Strukturen aber auf die traditionelle Heilung und Pflege ausgerichtet sind. So entstand in Deutschland ein Gesundheitssystem, dass einen auf Krankheitsheilung ausgerichteten Versorgungsverlauf unterstützt.

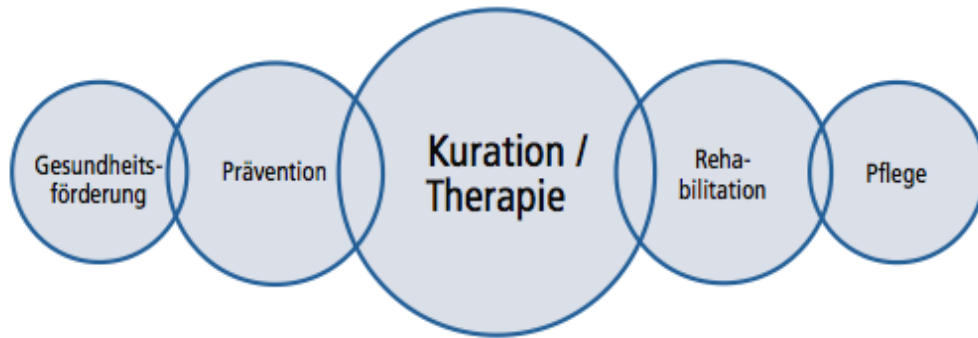


Abbildung 6: Versorgungsverlauf des Gesundheitssystems

Die zukünftige Ausrichtung des Gesundheitssystems muss eine intensivere und durchgängige Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention vorsehen, da ansonsten die Kosten für die Heilung nicht zu decken sind, der Anteil der nicht heilbaren chronisch Kranken immer größer wird und der stets wichtiger werdende Ausgleich sozialer Benachteiligung nicht erreicht wird [vgl. Hurrelmann/Klotz/Haisch 2010, 18-21].

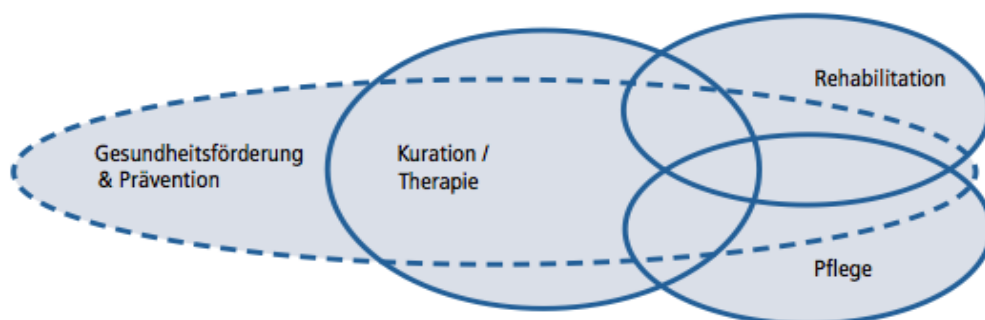


Abbildung 7: Modell zukünftige Ausrichtung des Gesundheitssystems

### 3.3 Kampagnenmanagement

„Betriebliches Gesundheitsmanagement ist ein strukturierter, geplanter und koordinierter Prozess, mit dem Ziel die Mitarbeitergesundheit und Leistungsfähigkeit langfristig und nachhaltig zu erhalten. Das geplante Vorgehen ist das, was das Gesundheitsmanagement von betrieblicher Gesundheitsförderung bzw. „bloßem Gesundheitsaktivismus“ unterscheidet“ [ubgm1999,2].

Dieser Charakteristik hat sich auch das Kampagnenmanagement zu unterwerfen. Nach dem in Abschnitt 3.0 vorgestellten Vorgehensmodell ist zunächst:

- das Kampagnenumfeld zu bestimmen,
- eine umfassende und belastbare Ist- und Problemanalyse durchzuführen, z.B. Gefährdungsbeurteilung, Gefährdungsanalysen festzulegen,
- die zu erreichende Zielgruppe exakt und in möglichst homogene Segmente aufzuteilen und
- konkrete Kampagnenziele aufzustellen.

Die Wahl der Kampagnenstrategie und -taktik sowie die Realisierung der Kampagne werden in den Abschnitten 3.3.1 und 3.3.2 näher betrachtet. Der gesamte Prozess des Kampagnenmanagements ist einer verantwortlichen Organisationseinheit zuzuweisen, die auch nach außen als Ansprechpartner auftritt. Diese Managementaufgabe besteht in der Koordination aller Projektpartner vor allem in den Schritten Problemanalyse, Konzeption und Realisierung. Zur Evaluation sind der durchzuführenden Stelle die notwendigen Unterlagen zur Verfügung zu stellen [vgl. Bonfadelli/Friemel 2010, 47].

### 3.3.1 Strategische Fragen

Grundsätzlich sind die strategischen Ziele aller Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements aus den Unternehmenszielen abzuleiten. Zur Festlegung dieser Ziele können folgende Kriterien herangezogen werden.

*„Harte Kriterien* (durch Kennzahlen oder -werte quantitativ messbar): Fehlzeiten reduzieren, Berufskrankheiten vorbeugen, Unfälle einschränken, Kündigungen reduzieren, Frühberentungen vermeiden, Produktivität erhöhen, Qualität steigern.

*Weiche Kriterien* (meist nur qualitativ, z.B. durch Befragung messbare Größen): Zufriedenheit der Mitarbeiter erhöhen, Wohlbefinden auf der Arbeit stärken, Identifikation mit dem Unternehmen herstellen, zum Arbeiten motivieren, Arbeitsatmosphäre verbessern, Kollegialität fördern, Vertrauensverhältnis aufbauen“ [ubgm 1999, 12].

Für die Kommunikationskampagne selbst, d.h. wie wird das gesetzte Ziel bei der bestimmten Zielgruppe erreicht?, können unterschiedlichen Strategien verfolgt werden. Hierbei ist zu beachten, dass die rationale Einsicht nicht alleine zur Verhältnisänderung beiträgt. Folgende Arten von Kampagnenstrategien gibt es:

*Kognitive Strategie:* Grundlage ist die Auffassung, dass Aufklärung direkt zur Verhaltensänderung führt.

*Affektive Strategie:* Durch Belohnung bzw. Bestrafung/Sanktionen kann das Verhalten beeinflusst werden.

*Soziale Strategien:* Der Mensch als ein soziales Wesen vergleicht sich in der Gruppe und nimmt Werte sowie Regeln der Gruppe auf. Mit Hilfe von Gruppendruck oder Aufbau von Vorbildern sollen Verhaltensänderungen bewirkt werden.

Entscheidend für den Erfolg der Kommunikationskampagne ist die zielgruppengerechte Mischung aus allen genannten Strategien. Es muss persönliche Betroffenheit bei dem Einzelnen und seinem Umfeld erzeugt werden. Hierbei sind möglichst unterschiedliche Wege zur Verhaltensänderung zu beschreiben [vgl. Bonfadelli/Friemel 2010, 30].

### 3.3.2 Taktische Fragen

Aus den festgelegten strategischen Zielen sind die taktischen Fragen abzuleiten und zu beantworten.

*Welche Botschaften und Inhalte sollen das gewünschte Verhalten bei der Zielgruppe hervorrufen?* Bei der richtigen Wahl der Kampagnenbotschaft sind folgende Kriterien zu beachten:

- Die Problemsicht der Zielgruppe einnehmen
- Die Botschaft möglichst als personalisierte Geschichte erzählen
- Starke negative Emotionen vermeiden (z.B. Furcht)
- Positive Emotionen, wie Humor und Ironie, auf Zielgruppen abstimmen
- Konsistenz im kognitiven, affektiven und sozialen Verhalten beachten bzw. Bestehende Dissonanzen nutzen
- Problemerkennung durch die Zielgruppe sicherstellen
- Direkte Betroffenheit der Zielgruppe erreichen
- Informationsüberflutung vermeiden
- Belohnung für die Ausführung des gelernten Verhaltens als Motivation vorsehen

- Stadium der Verhaltensänderung berücksichtigen (Problematisierung/Sensibilisierung, Motivation, Aufzeigen von Wegen zu Verhaltensänderung)
- Überforderung der Zielgruppe vermeiden, ggf. Teilziele/-schritte vorsehen
- Mit dem Verhalten verknüpfte Wertvorstellungen der Zielgruppe berücksichtigen (z.B. Rauchen erhöht Ansehen bei den Kameraden)
- Bestehende Verhaltenseinstellungen und Normen (z.B. Verhaltenserwartungen) der Zielgruppe berücksichtigen
- Beeinflussung durch soziale Netzwerke in Betracht ziehen
- Botschaft auf den Wissensstand der Zielgruppe ausrichten
- Bestehende Überzeugungen, Normen und Wertvorstellungen der Zielgruppe berücksichtigen
- Realistische Verhaltensmuster aufzeigen/vorschlagen
- Konsistenz der Kampagneninhalte bei Kampagnenserien sicherstellen
- Bei langfristigen Kommunikationskampagnen unterschiedliche Schwerpunkte setzen
- Informationsquellen aufführen
- Gender-Unterschiede beachten [vgl. Bonfadelli/Friemel 2010, 53-95].

*Welche Kampagnenkanäle sollen ausgewählt werden?*

Bestimmend für die Wahl der Kommunikationskanäle sind das zu lösende Problem und das Kommunikationsverhalten der ausgewählten Zielgruppe.

Wie bereits in Abschnitt 2.3 erwähnt sollte möglichst eine Mischung aus mehreren Kommunikationsmitteln zusammengestellt werden.

Hilfe bei der Auswahl der Medien/Kanäle bietet folgende Auflistung von Kriterien:

*Reichweite des Mediums:* Wie hoch ist der Anteil der Zielgruppe, die mit dem Medium/Kanal erreicht werden kann?

*Aufdringlichkeit:* Selektive Zuwendung und Aufmerksamkeit der Zielgruppe

*Spezialisierung:* Berücksichtigung von spezifischen Kampagneninhalten für einzelne Segmente der Zielgruppe (z.B. genderspezifisch)



*Interaktivität:* Möglichkeit des Dialogs

*Dekodierbarkeit:* Aufwand für die Verarbeitung der Botschaft

*Tiefe:* Fähigkeit der Vermittlung von detaillierten und komplexen Botschaften

*Anschlusskommunikation:* Möglichkeit und Motivation zur Anschlusskommunikation (z.B. Dialog oder Informationshotline)

*Zugänglichkeit:* z.B. Vorlaufzeiten, Kapazitäten

*Kostenstruktur:* für Produktion und Verbreitung

*Latenzzeit:* Unmittelbarkeit der Wirkung

*Kontrollierbarkeit des Kontextes:* Räumlicher oder zeitlicher Zusammenhang des Kampagneninhalts zu anderen Inhalten des Mediums/Kanals

*Kanal-immanente Wirkungen:* Unterschiedliche Wirkungen bei identischen Informationen [vgl. Bonfadelli/Friemel 2010, 97-117].

### 3.4 Große Kommunikationskampagnen

Zur Veranschaulichung der bisher beschriebenen Vorgehensweise zur Konzeption und Realisierung von Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich werden nachfolgend die großen Kampagnen zur Gesundheitsförderung in Deutschland vorgestellt.

➤ GIB AIDS KEINE CHANCE



Abbildung 8: Plakat „Gib Aids keine Chance“

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) gab bereits 1985 erste Informationsmaterialien zu Aids heraus. In einer Auflage von 27 Millionen Stück erhielten sämtliche Haushalte die Broschüre „Was Sie über Aids wissen sollten“.

Seit 1987 gibt es die Kampagne „Gib Aids keine Chance“.

Sie ist seitdem die größte und umfassendste Kampagne zur gesundheitlichen Aufklärung in Deutschland.

- **Kampagnenziel:** Hauptziel ist, möglichst viele Neuinfektionen mit HIV zu verhindern. Daraus abgeleitete Teilziele sind: - Vermittlung eines hohen Wissenstandes in der Bevölkerung über Ansteckungsrisiken, Nichtrisiken und Schutzmöglichkeiten. - Motivation zur Nutzung von Kondomen in Risikosituation. - Schaffung und Unterstützung eines gesellschaftlichen Klimas, dass die Ausgrenzung und Diskriminierung der Betroffenen verhindert.
- **Kampagnenbotschaft:** Die Botschaft „Gib Aids keine Chance“ und das damit verknüpfte Logo erreichten in Deutschland einen sehr hohen Bekanntheitsgrad.
- **Kommunikationskanäle:** Die Kampagne nutzt unterschiedliche Kommunikationskanäle, wie Plakate, Anzeigen, Postkarten, TV- und Kinospots. Fördert den Dialog durch direkte Kommunikationsangebote mit Hilfe von Online- und Tele-

fonberatung. Organisiert spezielle Events in Schulen oder im Rahmen mobiler Ausstellungen.

- *Kampagnenergebnis:* Die Kampagne ist eine erfolgreiche, in der Öffentlichkeit in hohem Grade wahrgenommene Präventionsmaßnahme, die international Vorbildcharakter hat [vgl.bzga 2007, 1-2].

Der konkrete Erfolg der Kampagne lässt sich auch in Zahlen ausdrücken. 1987 lag die Zahl der Neuinfizierten bei etwa 6.000, ging in den Folgejahren auf unter 3.000 zurück und lag 2012 bei 3.400 [vgl.v.a.n.2012, 1].

➤ Deutschland sucht den Impfpass



Abbildung 9: Plakat „Deutschland sucht den Impfpass“

Ende 2012 startet die BzGA die bundesweite Kampagne, da allein im Jahr 2011 über 1.600 Masernfälle in Deutschland gezählt wurden.

- *Kampagnenbotschaft:* Deutschland sucht den Impfpass mit den Teilzielen: - Vermittlung eines hohen Wissenstandes in die Krankheit und den notwendigen Immunschutz. - Baldiges Nachholen von fehlenden Impfungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (daher: Deutschland sucht den Impfpass).
- *Kommunikationskanäle:* Humorvolle Plakate, Postkarten, Internetauftritt, interaktives Video, Masern-Quiz, Online-Banner auf Zielgruppen spezifischen Portalen
- *Kampagnenergebnis:* Auf Grund der Kürze der Laufzeit sind bisher keine Ergebnisse bekannt [vgl.bzga 2012, 1].

Die letzte Kampagne lautet:

- Organspende Kampagne



Abbildung 10: Plakat „ProOrganspende“

„Auf Grund der in 2012 publizierten Manipulationsvorwürfe bei Lebertransplantationen an mehreren Organspendezentren gingen die Spenderzahlen 2012 gegenüber dem Vorjahr um 13% zurück. Zwar sind 70% der Bürger für die Organspende, jedoch nur 23% besitzen einen Ausweis.“

- **Kampagnenziel:** Anzahl der Organspender signifikant erhöhen, mit den Teilzielen: - Verlorengegangenes Vertrauen zurückgewinnen. - Möglichst viele Bürger überzeugen, einen Organspendeausweis auszufüllen. - Die Versorgungssituation der Schwerkranken verbessern.
- **Kampagnenbotschaft:** Das trägt man heute: den Organspendeausweis
- **Kommunikationskanäle:** Plakate mit Prominenten, Internetauftritt mit Dialogmöglichkeiten
- **Kampagnenergebnis:** Bisher keine veröffentlichten Ergebnisse [vgl. Bzga 2013,1].

## 4 Übergewicht

Unter Übergewicht versteht man ein im Vergleich zum Normalgewicht eines Menschen erhöhtes Körpergewicht verursacht durch vermehrten Körperfettanteil [vgl.geda 2010, 116].

Zur Gewichtsklassifizierung wird der sogenannte Body-Mass-Index (BMI) verwendet:

- $BMI = \text{Gewicht in kg} / (\text{Größe in m})^2$

Laut WHO, 2000 werden folgende Kategorien unterschieden:

Kategorie	BMI	Risiko für Folgeerkrankungen
Untergewicht	< 18,5	niedrig
Normalgewicht	18,5 - 24,9	durchschnittlich
Übergewicht	> = 25,0	
Präadipositas	25 - 29,9	gering erhöht
Adipositas Grad I	30 - 34,9	erhöht
Adipositas Grad II	35 - 39,9	hoch
Adipositas Grad III	> = 40	sehr hoch

[dag 2000, 1]

Abbildung 11: Tabelle „Gewichtsunterscheidung“

Als Ursachen für Übergewichtigkeit und Adipositas gelten:

- Zu viel und falsche Ernährung, durch die bereits im Abschnitt 2 aufgeführten stark veränderten Essgewohnheiten
- Zu wenig Bewegung, durch zunehmend sitzende Tätigkeiten und Bewegungsmangel in der Freizeit
- Psychische Störungen z.B. Depressionen, Mutter-Tochter-Konflikte
- Hormonelle Störungen z.B. der Schilddrüse oder der Nebenniere
- Genetische Faktoren beeinflussen zu 30-70% die Nahrungsverwertung und den Grundumsatz im Körper. Die Zahl der Fettzellen wird bereits im Kindesalter bestimmt und verändert sich im weiteren Leben nicht mehr [vgl.Spatz 2014,1].

## 4.1 Übergewicht und Risiko

Übergewicht und Adipositas bergen Risiken für Folge- und Begleiterkrankungen. Neben dem Body-Mass-Index gilt die Fettverteilung am Körper als Maß für das gesundheitliche Risiko, insbesondere bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen:

- *Erhöhtes Risiko:* Taillenumfang bei Männern >94cm, bei Frauen >80cm
- *Deutlich erhöhtes Risiko:* Taillenumfang bei Männern >103, bei Frauen >88cm [vgl. Gärtner 2013, 1]

„Adipositas führt auf Dauer zu Schädigungen und Erkrankungen verschiedener Organsysteme. So gilt die Fettleibigkeit in der Zwischenzeit nach dem Nikotinmissbrauch als wichtigste Ursache für vermeidbaren vorzeitigen Tod.

*Neben vielen weiteren Erkrankungen sind besonders folgende zu erwähnen:*

- Diabetes mellitus/gestörte Glucosetoleranz/Insulinresistenz
- Bluthochdruck
- Fettstoffwechselstörung (Cholesterinerhöhung)
- Schlaf-Apnoe-Syndrom (Atempausen im Schlaf)
- Herzschwäche, Herzinfarktrisiko (KHK)
- Schlaganfall, Luftnot
- Zyklusstörung, unerfüllter Kinderwunsch; Haarausfall, männliche Behaarung
- Testosteronmangel beim Mann (verminderte Libido; Erektionsstörungen)
- Leberverfettung (Fettleber)
- Wassereinlagerungen, Gicht
- Verdauungsstörungen, Verstopfung, Gallensteinleiden, Schwitzen
- Degenerative Gelenkerkrankungen (Hüft- und Kniearthrosen, Rückenbeschwerden)
- Niedriges Selbstwertgefühl, depressive Verstimmung, verminderte Lebensqualität

*Auch Krebserkrankungen treten bei adipösen Menschen besonders häufig auf:*

- Darmkrebs
- Brustkrebs
- Gebärmutterkrebs
- Prostatakrebs
- Nierenkrebs“ [Gärtner 2013, 2].

Bei Menschen mit einem Body-Mass-Index  $>30 \text{ Kg/m}^2$  ist die Sterberate um 20% erhöht. Sie erkranken um 50% mehr an Herzkrankheiten und um 300% häufiger an Diabetes [vgl.Reisloh 2013, 1].

## 4.2 Statistiken

Übergewicht und Adipositas nehmen weltweit immer weiter zu. Insbesondere in den hochindustrialisierten Ländern ist der Anteil an übergewichtigen Menschen hoch.

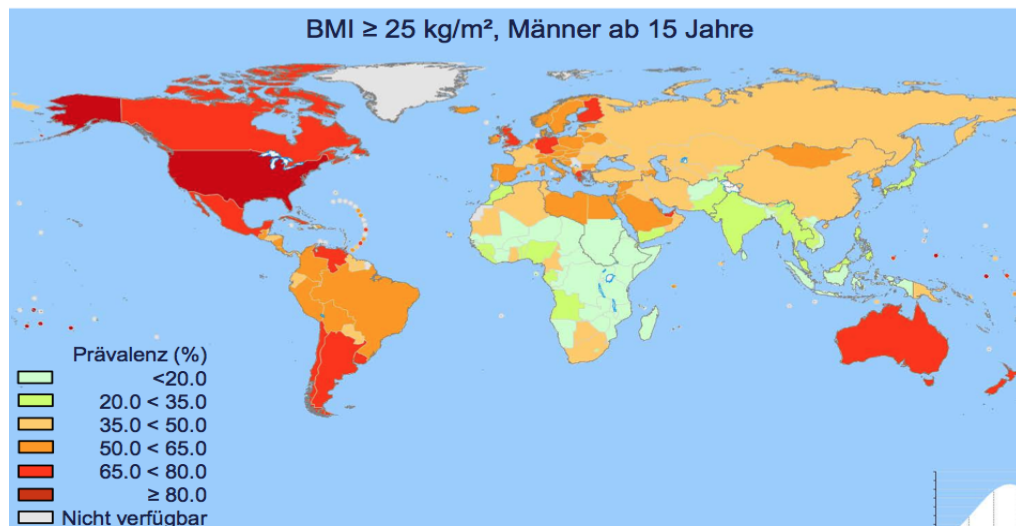


Abbildung 12: Adipositas Verteilung in der Welt

Deutschland nimmt also weltweit eine führende Rolle bei dem prozentualen Anteil der übergewichtigen Männer ein. Dagegen liegt der prozentuale Anteil der übergewichtigen Frauen bei 53% [vgl.geda 2010,54]. Die nachfolgenden Abbildungen zeigen die Ergebnisse von zwei Studien des Robert Koch Institutes

- BGS98: Bundes-Gesundheitssurvey, Dauer 1997-1998

- Degs1: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland, Dauer 2008-2011

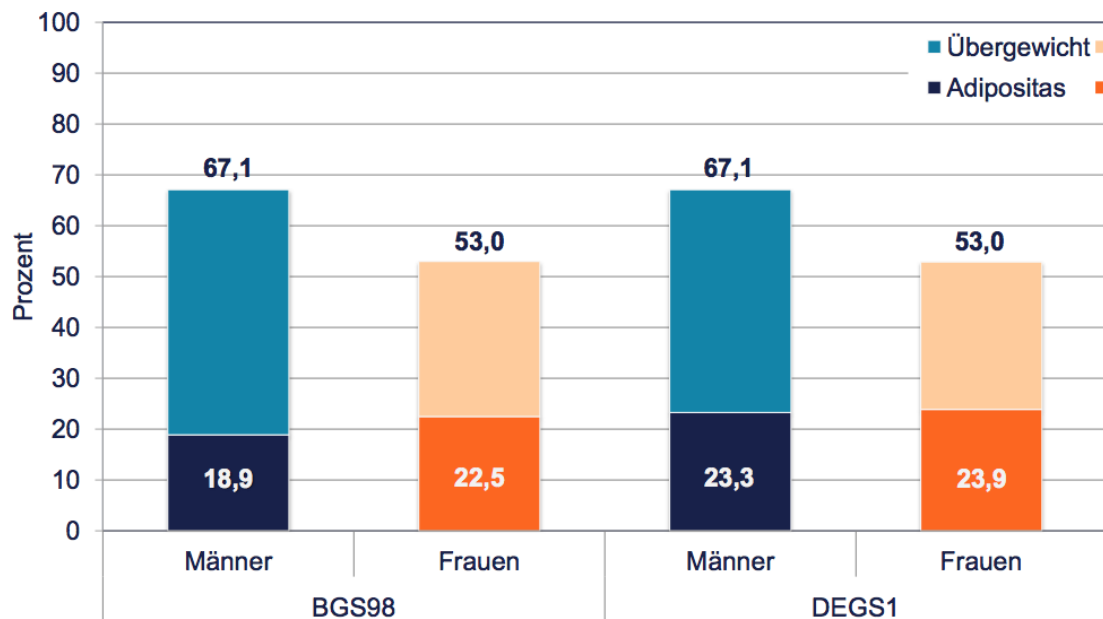


Abbildung 13: Gewichtsverteilung zwischen Männer und Frauen in Deutschland

Zwischen dem Lebensalter und der Höhe des Körpergewichtes besteht ein direkter Zusammenhang, d.h. in der Regel nimmt das Körpergewicht mit steigendem Lebensalter zu [vgl.geda 2010, 55].

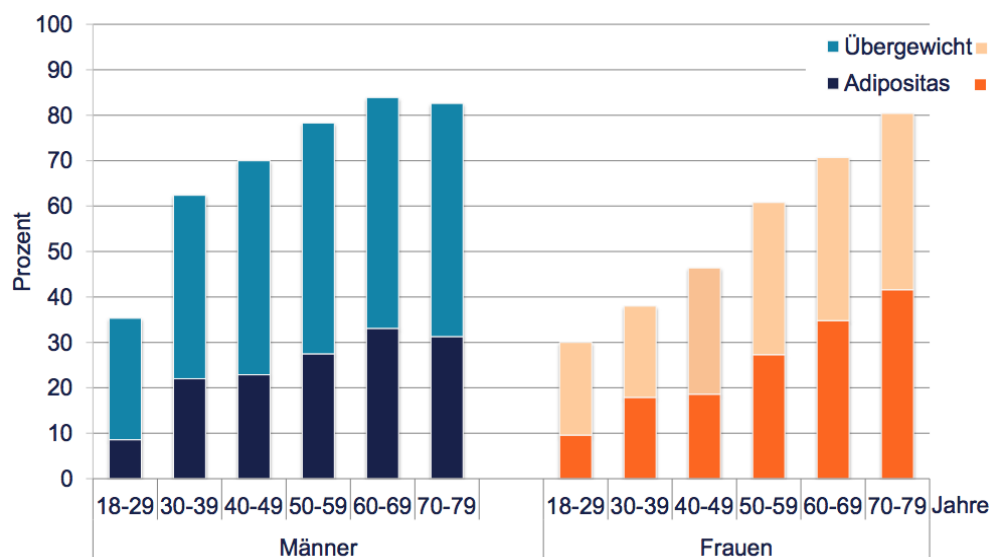


Abbildung 14: Gewichtsverteilung im Lebensjahr

Wirtschaftlicher Wohlstand, Bildungsniveau, Beschäftigung und soziales Umfeld haben einer Studie zu Folge ebenfalls direkten Einfluss auf Übergewicht und Adipositas [vgl.geda 2010, 56].



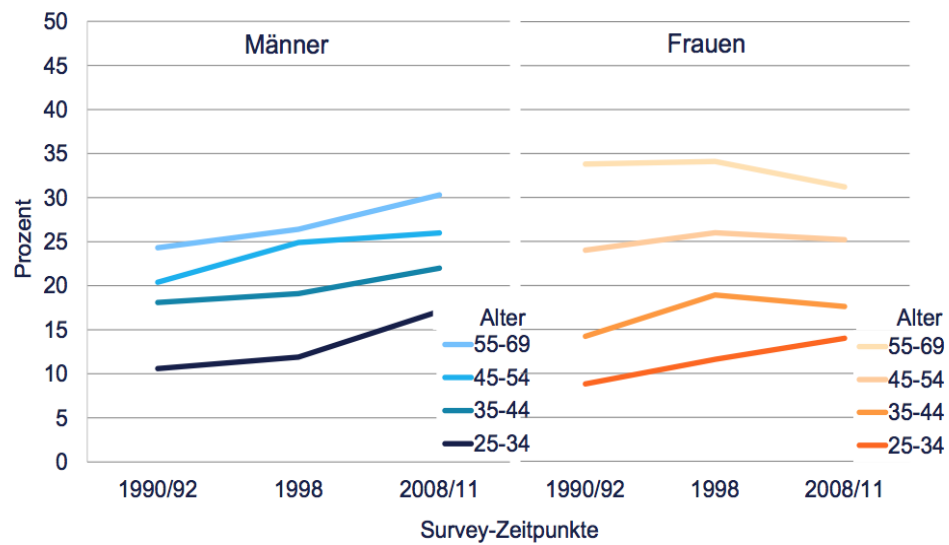


Abbildung 15: Vergleich der Survey-Zeitpunkte zwischen Männern und Frauen

In den letzten zwanzig Jahren haben die Krankheitsfälle von Adipositas merkbar zugenommen. Dies gilt insbesondere bei Männern und jungen Erwachsenen beiderlei Geschlechts [vgl. Mensink 2012, 11].

## 5 Kommunikationskonzepte gegen Übergewicht im betrieblichen Gesundheitsmanagement

Die Ergebnisse aus Kapitel 4 zeigen, dass betriebliche Gesundheitskampagnen gegen das immer stärkere Auftreten von Übergewicht in der deutschen Bevölkerung von großer Bedeutung sind.

Nahezu alle größeren Unternehmen bieten kleine Fitnessprogramme und Veranstaltungen zur gesunderhaltenen Ernährung an.

Im Folgenden werden drei Kommunikationskonzepte vorgestellt, die über einen mehrmonatigen Zeitraum hinweg kombinierte Maßnahmen zur Verhaltens- und Verhältnisänderung umfassen:

- „Leicht erreicht“ (pronova BKK)
- M.O.B.I.L.I.S (Angebot der Krankenkasse zur Nutzung in verschiedenen Unternehmen)
- Gesundheits- und Fitnessinitiative (Bundeswehr)

Zur leichten Vergleichbarkeit dieser Konzepte werden Kampagnenumfeld, -ziele, -aufbau, -phasen und -ergebnisse anhand des in Kapitel 3 vorgestellten siebenstufigen Systemmodells beschrieben [vgl. Bonfadelli/Friemel 2010, 24-26].

Hierbei wird auf die Beschreibung der Problemanalyse (Stufe 2) verzichtet, da belastbare Erkenntnisse und Einflussfaktoren zum Gesundheitsrisiko Übergewicht vorliegen und die wesentlichen Inhalte im Kapitel 4 bereits beschrieben wurden.

### 5.1 Ziele

Betriebliche Gesundheitskampagnen sind dann erfolgreich, wenn sie eine nachhaltige Änderung des Verhaltens der Mitarbeiter und der Verhältnisse im betrieblichen Umfeld bewirken.

Sie sind primärpräventive Maßnahmen gegen das steigende Auftreten von Übergewicht und sollen somit Folge- und Begleiterkrankungen verhindern. Da die Verhinderung von Übergewicht grundsätzlich einer Verhaltensänderung bedarf und dabei das soziale Umfeld eine wichtige Rolle spielt, ist der Betrieb ein sehr gutes Umfeld für den

Erfolg von Gesundheitsförderung. Die Verhaltensänderung muss, um von Dauer zu sein, in das alltägliche Leben aufgenommen werden. Einen großen Zeitraum des Alltags verbringen die Mitarbeiter im Unternehmen [vgl. Reisloh 2013, 21]. Hier können

- das Wissen und die Kenntnisse über die Physiologie des Körpers vermittelt
- die wesentlichen Bausteine einer gesunden Lebensführung, wie gesunde Ernährung, Steigerung der körperlichen Fitness erläutert und erhöht werden [vgl. Reisloh 2013, 108].

Motivation und Freude sollen zu einem Lebensstil anregen in der die Arbeit und die Arbeitsbedingungen Ursache der Gesundheit sind [vgl. Reisloh 2013, 3].

## 5.2 “Leicht erreicht”

„Leicht erreicht“ ist ein Pilot-Programm der Ford-Werke-GmbH. Es startete im November 2009 und endete nach zwölf Monaten [vgl. Schüller 2010, 3f].

### *Kampagnenumfeld*

- Auftraggeber: Ford-Werke-GmbH
- Beteiligte: pronova BKK (Förderung, Finanzierung), Sporthochschule Köln (Bewegung, Sport, Medizin), Weight Watchers (Ernährung), Vitaphone (Technik der Telemedizin) [vgl. Schüller 2010, 1f].
- Unternehmenskultur: Förderung der Mitarbeiterkommunikation und der Bindung an das Unternehmen, Steigerung der Attraktivität des Unternehmens.

### *Zielgruppen*

Zur Akquise der Teilnehmer wurden Informationsbroschüren erstellt, die Arbeitsmedizin von Ford und die Krankenkasse BKK Ford & Rheinland eingebunden sowie die Betriebszeitung benutzt. Zusätzliche Informationen lieferte eine eigens entwickelte Internetseite. Schließlich fand eine Informationsveranstaltung statt, auf der Projekthinhalte, -dauer und -beteiligte vorgestellt wurden. Grundsätzliche Teilnahmevoraussetzungen waren die Volljährigkeit und ein BMI zwischen 30 und 40 kg/m<sup>2</sup> [vgl. Reisloh 2013, 2]. Unter den Interessierten wurden auf Basis einer Untersuchung die Teilnehmer ausgesucht, die für die vorgesehenen Sportmaßnahmen geeignet waren und keine bestimmten Erkrankungen aufwiesen:

- körperliche Belastbarkeit und ausreichende körperliche Leistungsfähigkeit (Mehr als 75 Watt über 2 Minuten)
- keine bereits diagnostizierte Begleiterkrankungen z.B. schwere Hypertonie, Diabetes, chronische Niereninsuffizienz, keine ärztlich zu behandelnde psychische Erkrankungen

Schließlich wurden insgesamt 45 Teilnehmer per Zufallsprinzip ausgewählt, davon nahmen 30 aktiv an dem Programm teil, während 15 einer Kontrollgruppe zugeordnet wurden, um die Maßnahmenenerfolge objektiver bewerten zu können.

Die aktiven Teilnehmer – die Interventionsgruppe – wurden auf Basis der Schichtpläne in zwei 15-köpfige Gruppen aufgeteilt. Damit schuf man die Voraussetzung für die spätere praktische Umsetzung z.B. bei Trainings-/Sportmaßnahmen. Das Durchschnittsalter der Interventionsgruppe lag bei 49,1 Jahren, mit einer Bandbreite von 18 Jahren. Es nahmen 25 Männer und fünf Frauen teil. Die Teilnehmerzahl wurde bewusst begrenzt, damit eine optimale Betreuung im Rahmen der Pilotstudie möglich war [vgl.Reisloh 2013, 8].

### *Ziele*

„Ziel des Programms ist, eine nachhaltige Bewusstseinsänderung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu erreichen“ [Schüller 2010,1] und damit mittel- und langfristig Folgeerkrankungen des Übergewichts zu vermeiden [vgl.vitaphone 2014,2].

Konkrete Teilziele sind:

- Nachhaltige Gewichtsreduktion
- Verringerung des Bauchumfangs
- Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit

### *Strategien*

Mit dem Ziel eine andauernder Gewichtsreduzierung, die nur durch nachhaltiger Veränderung des Lebensstils möglich ist, wählte man eine Kombination aus allen drei Typen von Kampagnenstrategien:

Kognitive Strategie: Für alle Themenbereiche der Kampagne wurden Maßnahmen zur Wissensvermittlung angeboten. Dies gilt für die gesunde Ernährung und die Steigerung der sportlichen Leistungsfähigkeit [vgl.Schüller 2010,2].

Affektive Strategie: Zur Aktivierung und Motivation der Teilnehmer wurden Anreize geschaffen. Zunächst musste sich jeder verpflichten, einen Eigenanteil in Höhe von 830,00€ an die Krankenkasse zu bezahlen. Damit sollte die Bindung an das Durchhalten der gesamten Maßnahmen erhöht werden.

Darüber hinaus wurde ein Bonusfaktor entwickelt, der in Abhängigkeit vom Erfolg des Einzelnen eine Rückerstattung des gezahlten Eigenanteils vorsah.

Bonusfaktor (Punkt)	Zielerreichung	Eigenanteil
> = 40 Punkte	Ziel erreicht	0,00 €
> = 30 Punkte	Ziel fast erreicht	166,00 €
> = 20 Punkte	Ziel kaum erreicht	290,00 €
< 20 Punkte	Ziel nicht erreicht	830,00 €

Abbildung 16: Tabelle Bonusfaktor „leicht erreicht“

Der Bonusfaktor bildet die Summe aus den prozentualen Veränderungen

- Gewichtsreduktion (Kg)
- Bauchumfang (cm)
- körperliche Leistungsfähigkeit des UKK-Walkingindex [vgl.Reisloh 2013,20]. (UKK-Walking Test: Zwei Kilometer-Walking-Test, Messung der Herzfrequenz und der Gehzeit [vgl.UKK 2004,1].)

Für jeden Prozentpunkt der Veränderung gab es jeweils einen Bonuspunkt.

Auf Basis der zu Beginn der Kampagne durchgeführten Voruntersuchungen konnten für jeden Teilnehmer die Ausgangswerte bestimmt und daraus die individuellen Ziele abgeleitet werden [vgl.Schüller 2010,3].

Zur stetigen Kontrolle des eigenen Erfolgs war jeder Teilnehmer in der Lage, die Veränderung seiner Ausgangswerte mit Hilfe der Telemedizin in Form einer elektronischen Patientenakte im Internet zu verfolgen. Begleitend wurden persönliche Einzelberatungen angeboten [vgl.Schüller 2010,3].

Soziale Strategie: Alle Maßnahmen verliefen in Gruppen. Dazu wurden die Schichtpläne auf die Gruppenzugehörigkeit abgestimmt. Sportliche Aktivitäten fanden direkt im Anschluss an das Arbeitsende auf dem Betriebsgelände statt. Das firmeneigene Fitnessstudio stand kostenlos zur Verfügung. Eine Orientierung an der Gruppe war so für

jeden Teilnehmer leicht möglich. Durchhaltevermögen und Zusammengehörigkeitsgefühl sollten gestärkt werden [vgl.Reisloh 2013,97].

### Umsetzung

Mit der Kernbotschaft „leicht erreicht“ wurde ein kombiniertes Bewegungs- und Ernährungsprogramm mit begleitender medizinischer Betreuung zusammengestellt. Insgesamt teilte sich das einjährige Projekt in vier Phasen auf. Alles in allem umfasste das Angebot 53 Einheiten zur körperlichen Ertüchtigung und 17 Einheiten zur Ernährung. Zudem war für November 2011 eine Follow-Up-Untersuchung vorgesehen [vgl.Reisloh 2013,23].

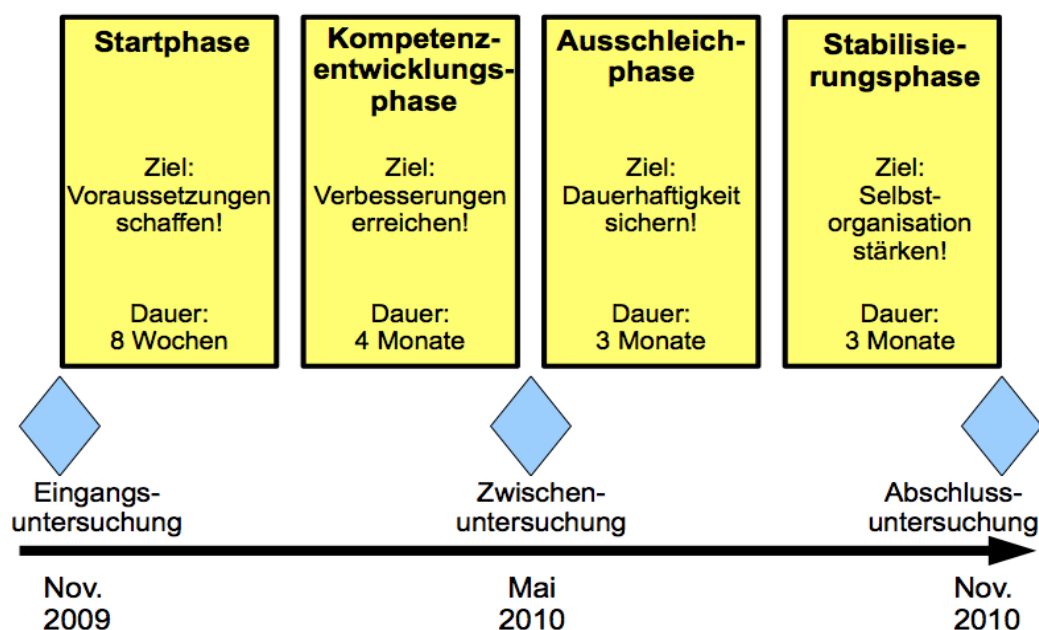


Abbildung 17: Phasen von „leicht erreicht“, eigene Abbildung

**Startphase:** Die erste Projektphase bestand im wesentlichen aus der Wissensvermittlung in den Bereichen Ernährung und Bewegung und ersten Übungen zur Stärkung der Körperwahrnehmung und zur Besserung des Körpergefühls. Jeder Teilnehmer erhielt individuelle Trainingspläne.

**Kompetenzentwicklungsphase:** In diesem viermonatigen Zeitraum sollten die zum Ziel gesetzten Fähigkeiten erreicht werden. Verhaltensänderung in der Ernährung und der körperlichen Ertüchtigung wurden durch bis zu drei Maßnahmen je Woche gefördert.

**Ausschleichphase:** Reduzierung des Maßnahmenangebots und Anregungen zur dauerhaften, eigenständigen Lebensstiländerung waren die Schwerpunkte dieser Projekt-

phase. Darüber hinaus wurden Tips und Hilfestellungen für die Umsetzung in die tägliche Praxis gegeben.

Stabilisierungsphase: In der letzten Projektphase traf man sich nur noch einmal im Monat zur Bewegungseinheit. Die Zielerreichung, das individuelle Leistungsniveau am Ende der 2. Projektphase dauerhaft zu halten, lag nun vollständig bei den Teilnehmern. Sie hatten Gruppentreffen zu organisieren und Selbstdisziplin zu üben [vgl. Reisloh 2013, 22].

Medizinische Untersuchungen: Der Bestimmung der Ausgangslage und der Erfolgsmessung während des Projektes dienten drei sportmedizinische Untersuchungen. Die Mitglieder der Kontrollgruppe nahmen ebenso an den Untersuchungen teil. Aufgenommen wurden folgende Daten:

- Body-Mass-Index
- Bauchumfang
- Laborparameter, z.B. Cholesterin, Blutzucker
- Kardiovaskuläre Parameter, z.B. Blutdruck, körperliche Leistungsfähigkeit (UK-K-Walking-Test), EKG [vgl. Reisloh 2013, 11-13].

Methodik des Bewegungsprogrammes: Die einzelnen Einheiten des Bewegungsprogramms wurden den Projektphasen folgend aufeinander aufgebaut. Sie dauerten jeweils eine Stunde und standen unter der Leitung von Sportwissenschaftlerinnen der Sporthochschule Köln. Inhaltliche Schwerpunkte waren:

- Wissensvermittlung
- Wahrnehmungsschulung
- Ausdauer-/Krafttraining
- Fähigkeiten zur Trainingssteuerung und -planung [vgl. Reisloh 2013, 21].

Dabei wurden unterschiedlichste Sportarten und Trainingsformen angeboten:

- Ausdauertraining
- Nordic Walking
- Ballsportarten

- Dehnungsübungen, Boxbewegungen
- Gymnastische Übungen.

Die Übungen fanden im Freien oder in der Halle statt. Ford stellte hierzu sein Fitness-Center zur Verfügung [vgl.Reisloh 2013,227-241]. Zur Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit waren die Übungen einer Trainingseinheit abwechselnd auf kontinuierliche und wechselnde Belastung ausgerichtet [vgl.Reisloh 2013, 23].

Methodik des Ernährungsprogramms: Zur Umsetzung des Ernährungsprogramms wurden Experten des kommerziellen Anbieters Weight Watchers hinzugezogen. Das Ernährungsprogramm dieses Unternehmens konnte in Studien überdurchschnittlichen Erfolg vor allem bei der dauerhaften Änderung der Ernährungsgewohnheit nachweisen [vgl.Reisloh 2013, 99]. Insgesamt wurden 17 moderierte Gruppentreffen angeboten, in ihnen wurden alle Bausteine der gesunden und ausgewogenen Ernährung vorgestellt und besprochen. Die Umsetzung in die Praxis erfolgte auf Basis des flexiblen Punktesystems von Weight Watchers. Jedem Teilnehmer stand eine tägliche Gesamtpunktzahl zur Verfügung. Jedes Lebensmittel war mit einer Punktzahl versehen über ein Internetportal standen über 27.000 mit Punkten versehene Rezepte zur Verfügung. Die Teilnehmer konnten sich aus dieser Vielfalt ihr Ernährungsprogramm individuell zusammenstellen [vgl.Reisloh 2013, 24f].

Kommunikationskanäle/ -mittel: Zur Bekanntmachung von „leicht erreicht“ wurden Internet, Broschüren, Betriebszeitung, Events und persönliche Ansprache durch Betriebsärzte und Betriebskrankenkasse genutzt. Während des Projektes standen die bereits erwähnten Ernährungsportale von Weight Watchers zur Verfügung.

Wichtigstes Kommunikationsmedium von „leicht erreicht“ war die elektronische Patientenakte des Anbieters Vitaphone. Jeder Teilnehmer hatte über einen Schlüssel Zugang zu seiner Akte im Internet. In dieser Akte waren die Ergebnisse der medizinischen Untersuchungen dokumentiert. Zudem musste sich jeder täglich wiegen und die Ergebnisse dem System zur Verfügung stellen.

Der Nutzen lag darin, dass jeder Teilnehmer Zugriff auf seine aktuellen Werte hatte, die Verläufe seine Werte grafisch angezeigt bekam, diese mit Gruppendurchschnittswerten verglichen wurden und schließlich den aktuellen Punktestand seines Bonusfaktors ablesen konnte [vgl.Reisloh 2013, 20f ].



### *Evaluation*

Das Pilotprojekt „leicht erreicht“ sah eine umfassende Evaluation der durchgeführten Maßnahmen, der eingesetzten Kommunikationskanäle und -mittel und der erzielten Kampagnenergebnisse vor. Aus diesem Pilotprojekt sollten belastbare Ergebnisse für die spätere flächendeckende Anwendung gewonnen werden. Die Evaluation wurde von der Sporthochschule Köln durchgeführt [vgl.Reisloh 2013, 93].

Evaluation der Maßnahmen: Die Maßnahmen zur Ernährung boten den Teilnehmern eine große Vielfalt an individuellen Wegen zur Änderung ihrer Ernährungsgewohnheiten. Das Programm erwies sich als alltagstauglich und flexibel anpassbar. Die kostenlose Nutzung des Internetportals von Weight Watchers verband die moderne Suche nach gesundheitsfördernden Rezepten mit der Möglichkeit der Gewichtsreduzierung.

Zur Verstärkung der Motivation und der Sicherstellung einer nachhaltigen Verhaltensänderung dienten Gruppentreffen. Hier konnten Erfahrungen ausgetauscht, vermeintliche Rückschläge besprochen und die nächsten kleinen realistischen Schritte zu Zielerreichung aufgezeigt werden.

In die Kompetenz des Kursleiters fiel es, eine positive Atmosphäre in der Gruppe zu schaffen, die Rückschläge Einzelner nicht als Verlegenheit oder Gruppenzwang erfahren zulassen, sondern als Hilfestellung zur Verhaltensanalyse und -änderung. Also gingen die Gruppentreffen über die reine Wissensvermittlung hinaus und berührten auch wichtige psychologische Einflussfaktoren [vgl.Reisloh 2013, 100].

Die Attraktivität des Bewegungsprogramms lag in der Vielfalt des Angebots zum Kraft- und Ausdauertraining. Jedem war es möglich, sein individuelles Trainingsprogramm zusammenzustellen. Das Angebot der kostenlosen Nutzung des Fitness Centers stellte eine weitere Ausweitung des Angebots dar. Darüber hinaus organisierten die Teilnehmer selbst ein Schwimmtraining und nahmen zu etwa 70% an dem 3. Kölner Firmenlauf teil [vgl.Schüller 2010, 3].

Obwohl die Eingangsvoraussetzungen in der Gruppe sehr unterschiedlich war, fand jeder Teilnehmer seinen auf sich zugeschnittenen Trainingsplan [vgl.Reisloh 2013, 98].

Leider konnten zusätzlich durchgeführte Trainingseinheiten der Teilnehmer nicht dokumentiert werden. Insgesamt erwies sich die Kombination aus Ausdauer- und Krafttraining als besonders effektiv, im Hinblick auf das Erreichen einer negativen Energiebilanz und damit einer Gewichtsreduzierung [vgl.Reisloh 2013, 91].

Evaluation der Kommunikationskanäle und -mittel: Charakteristisch für das Projekt „leicht erreicht“ ist der Einsatz modernster Technologien. Die Gewichtsdaten der Teilnehmer wurden telemedizinisch im Internet erfasst. Eine digitale Patientenakte schuf die notwendige Transparenz über den individuellen Erfolg. Vor allem dieser Einsatz von Technik bildete einen Anreiz bei den männlichen Teilnehmern und war so eine wichtige Ergänzung zur persönlichen Betreuung. Für das Expertenteam lag der Vorteil dieser Technik bei der umfassenden Bereitstellung aktueller Daten [vgl.Reisloh 2013, 101f].

Evaluation der Kampagnenergebnisse: Bei der Evaluation der konkreten Ergebnisse der Interventionsgruppe fand stets ein Vergleich zur passiven Kontrollgruppe statt. Während sich in der Kontrollgruppe die wesentlichen Werte im Verlauf der zwölf Monate nicht zum Positiven veränderten, konnten bei den Mitgliedern der Interventionsgruppe signifikante Veränderungen festgestellt werden.

Insgesamt lag die Gewichtsreduktion bei durchschnittlich 9,6% und die durchschnittliche Verringerung des Body-Mass-Index bei 9,7% [vgl.Reisloh 2013, 122]. Auch beim Fettanteil im Körper konnten signifikante Reduzierungen durch Laborwerte festgestellt werden. Damit sank insgesamt das Risiko für Kreislauf- und Herzerkrankungen [vgl.Reisloh 2013, 33-71].

Wesentlich für den nachhaltigen Erfolg dieser Kampagne war, dass die Werte nach den sehr aktiven ersten sechs Monaten in den anschließenden Phasen der Stabilisierung und Selbstorganisation zumindest stabil gehalten werden konnten bzw. sich weiterhin leicht verbesserten. Damit konnte zumindest in diesem Zeitraum die nachhaltige Verhaltensänderung nachgewiesen werden. Ergebnisse der Follow-Up-Untersuchung liegen nicht vor.

Evaluation Bonusfaktor: Bei der Zusammensetzung und Bewertung des Bonusfaktors wurde bei der Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit der UKK-Walking-Test als Maß bestimmt. Da nahezu alle Teilnehmer der Interventionsgruppe alleine bei diesem Erfolgsfaktor eine Punktezahl von über 40 erreichten, legt nahe, dass der Maßstab korrigiert werden muss.

Prozessbezogene Evaluation: Zu diesem Punkt konnten keine Ergebnisse gefunden werden.

Fazit: Insgesamt war das Pilotprojekt „leicht erreicht“ überdurchschnittlich erfolgreich [vgl.Schüller 2010, 3]. Wesentlich für diesen Erfolg waren die Einbindung von Experten, die Kombination verschiedenster Maßnahmen zur Verhaltensänderung und die Änderungen der Verhältnisse im Betrieb, wie die Anpassung der Schichtpläne, die Nut-

zung der Betriebsinfrastruktur, die Intensivierung des Zusammengehörigkeitsgefühls im Kollegenkreis [vgl.Schüller 2010,1-5].

### 5.3 M.O.B.I.L.I.S

M.O.B.I.L.I.S bedeutet multizentrisch organisierte bewegungsorientierte Initiative zur Lebensstiländerung in Selbstverantwortung. Die Kampagne ist ein Mehrkomponentenprogramm und wurde 2004 von den Sportmedizinern der Universität Freiburg, der Sporthochschule Köln und der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg entwickelt [vgl.Kempf 2013, 52]. Angeboten wird dieses interdisziplinärer Schulungsprogramm von großen Krankenkassen, z.B. Barmer Ersatzkasse (BEK/GEK).

Von einigen Großunternehmen z.B. Daimler-Benz wird M.O.B.I.L.I.S in ihr Gesundheitsmanagement-Programm aufgenommen.

Aus diesem Programm abgeleitet wurde M.O.B.I.L.I.S light, das sich an leicht Übergewichtige Personen richtet, eine Dauer von bis zu 14 Wochen hat und ausschließlich über Sportvereine angeboten wird. Aus diesen Gründen wird auf die detaillierte Beschreibung von M.O.B.I.L.I.S light verzichtet [vgl.Berg 2007, 2-4].

M.O.B.I.L.I.S ist derzeit das größte ambulante Programm gegen Übergewicht in Deutschland [vgl.Kempf 2011, 52].

#### *Kampagnenumfeld*

- Anbieter: M.O.B.I.L.I.S e.V
- Beteiligte: Universität Freiburg und Sporthochschule Köln, Krankenkassen

#### *Zielgruppen*

Die Teilnahme an M.O.B.I.L.I.S ist auch direkt über die Krankenkassen möglich. Teilnahmevoraussetzungen sind

- die Volljährigkeit
- ein Body-Mass-Index zwischen 30-40 Kg/m<sup>2</sup>
- eine körperliche Leistungsfähigkeit von 1 Watt je Kg Körpergewicht

- mindestens ein mit Übergewicht in Zusammenhang stehender Risikofaktor, z.B. Hypertonie [vgl.Schlatterer 2013, 74].

Darüber hinaus muss eine hausärztliche Bescheinigung vorgelegt werden, in der die Notwendigkeit der Förderung und keine ausschließenden Erkrankungen dokumentiert werden. Die Größe der Gruppen liegt zwischen 15 und 18 Teilnehmern [vgl.Barmer 2013,1].

Für die im weiteren Verlauf verwendete Studie, wurde über die örtliche Presse nach Teilnehmern gesucht und schließlich

- 190 Teilnehmer für die Interventionsgruppe
- 126 Teilnehmer für die Kontrollgruppe

über die gesamte Kampagnendauer beobachtet [vgl.Schlatterer 2013, 87-90].

### *Ziele*

„Ziele von M.O.B.I.L.I.S, sind eine bleibende Änderung des Lebensstils, eine ausgeglichene Energiebilanz und eine Verbesserung der Lebensqualität“ [Kempf 2011, 10]. Daraus wurden folgende konkrete Teilziele bestimmt:

- 50% der Teilnehmer erreichen eine Gewichtsreduzierung um 5%
- 20% der Teilnehmer reduzieren ihr Gewicht um 10%
- Verringerung der Risikofaktoren
- Verbesserung der Lebensqualität
- Verbesserung des Gesundheitsverhaltens [vgl.Schlatterer 2013, 79]

### *Strategien*

M.O.B.I.L.I.S zielt auf eine nachhaltige Änderung des Lebensstils. Daher wählte man auch hier eine Kombination aller drei Strategietypen:

Kognitive Strategie: Für die vier Kernbereiche Bewegung, Psychologie, Ernährung und Medizin wurden Schulungsveranstaltungen angeboten [vgl. Kempf 2011, 53].

Affektive Strategie: Die Teilnehmergebühr für M.O.B.I.L.I.S beträgt 785€. Die Krankenkasse Barmer Ersatzkasse erstattet davon 685€ zurück, falls eine 75%-ige Teilnahmequote erreicht oder überschritten wird. Hiermit wird ein Anreiz geschaffen, das einjährige Programm komplett zu durchlaufen.

Soziale Strategie: Sämtliche Maßnahmen wurden in Gruppen durchgeführt

### Umsetzung

Das standardisierte Schulungsprogramm mit der Kernbotschaft „Bewegt abnehmen“ dauert 12 Monate und ist in drei Phasen aufgeteilt. Begleitet werden diese Phasen durch medizinische Eingangs-, Zwischen- und Abschlussuntersuchungen, in denen die Ausgangssituation sowie die Veränderung während und am Ende der Kampagnen aufgenommen bzw. gemessen werden.

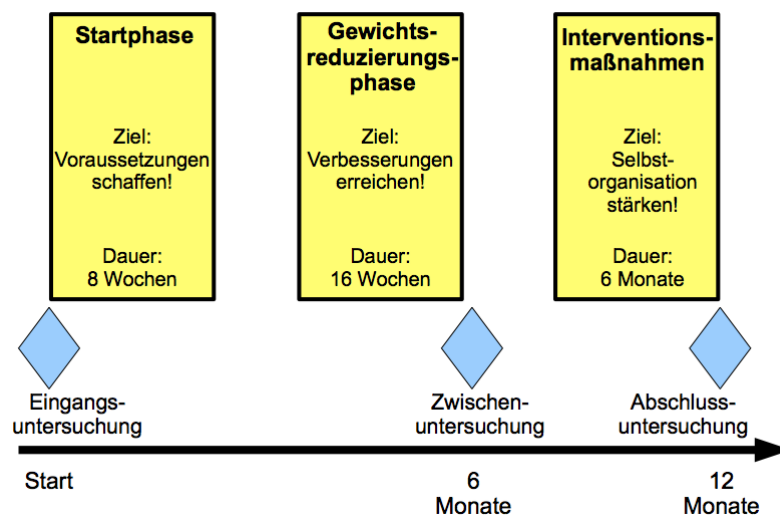


Abbildung 18: Phasen von M.O.B.I.L.I.S., eigene Abbildung

**Startphase:** Innerhalb der ersten acht Wochen stehen Maßnahmen im Vordergrund, die der Wissensvermittlung und der Bestimmung der individuellen Ausgangssituation der körperlichen Leistungsfähigkeit dienen. Darüber hinaus umfasst diese Phase erste Schritte zu einem ausgewogenem Bewegungsprogramm und zur Ernährungsumstellung [vgl. Schlatterer 2013, 94].

**Gewichtsreduktionsphase:** Die zweite Phase des Programms konzentriert sich insbesondere auf Maßnahmen zum Kraft- und Ausdauertraining und zur Änderung des Ernährungsverhaltens. Von den insgesamt 35 Bewegungseinheiten liegen 26 innerhalb dieses 16-wöchigen Zeitraums.

**Interventionsmaßnahme:** Das in den ersten sechs Monaten Erlernte und Erreichte in den eigenen Alltag zu übertragen ist die Hauptaufgabe dieser Phase. Gruppensitzungen fördern den Erfahrungsaustausch und geben Hilfestellungen.

Medizinische Untersuchungen: Speziell geschulte Ärzte nehmen die drei Untersuchungen vor. Zur späteren Vergleichbarkeit nahmen auch die Vertreter der Kontrollgruppe daran teil. Der Untersuchungsumfang war:

- Anamnese
- Body-Mass-Index
- Bauch- und Hüftumfang
- Laborparameter
- Kardiovaskuläre Parameter, z.B. Belastungs-EKG
- klinische Untersuchung [vgl.Schlatterer 2013, 56].

Methodik des Bewegungsprogramms: Unter Leitung von Sportlehrern bzw. Sportwissenschaftlern wurden in Gruppen Ausdauertrainingsarten, wie Nordic Walking und verschiedene Formen des Krafttrainings erlernt und erprobt. Mit Hilfe eines speziell entwickelten 50+50-Punkteprogramms sollte die Übertragung in den Alltag erleichtert werden. Zur Unterstützung der bleibenden Änderung des Bewegungsverhaltens nahmen sich auch die Gruppensitzungen dieses Themas an.

Methodik des Ernährungsprogramms: Das Programm bestand aus drei Bausteinen

- Theoretische Wissensvermittlung (drei Sitzungen)
- Verhaltenstherapie, z.B. Erstellen von Ernährungsplänen (zwei Sitzungen)
- Praxis, z.B. Erfahrungsaustausch, Hilfen zur Umsetzung (drei Sitzungen)

Angeboten wurden keine starren Diätpläne mit strengen Einschränkungen, sondern ein Ernährungsrahmen zur fettarmen, eiweißbetonten und kohlenhydratreduzierten Auswahl von Lebensmitteln und Rezepten. Geleitet werden die Sitzungen von Diätassistenten oder Ökotrophologen. Auch für den Ernährungsbereich gibt es zur leichteren Umsetzung in den Alltag das 50+50-Punkteprogramm.

Methodik der Psychologie/Pädagogik: Basis des Konzeptes zur Verhaltensänderung ist die Erkenntnis, dass zur Motivation, zwingend die Fähigkeit zur Umsetzung (Umsetzungskompetenz) gehört, um ein angestrebtes Verhalten zu erreichen. Daher liegt der Schwerpunkt der Verhaltenstherapie in dem Aufbau und der Stärkung dieser Umsetzungskompetenz, z.B. Vorbeugen von Rückfällen in altes Verhalten, Umgang mit „Sa-

boteuren“ im eigenen sozialen Umfeld. Erstellen von Ernährungs- und Bewegungsplänen für die nächste Woche.

Standardisierung: M.O.B.I.L.I.S wird deutschlandweit angeboten und von verschiedenen Expertenteams durchgeführt. Einheitliche Schulung der Experten und inhaltliche Standards durch Handbücher sind daraus die notwendige Folge [vgl.Schlatterer 2013, 93-95].

Kommunikationskanäle/-mittel: Wichtigste Kommunikationskanäle von M.O.B.I.L.I.S sind die Internetportale von M.O.B.I.L.I.S e.V. und der Barmer Ersatzkasse. Darüber hinaus berichtet die Presse regelmäßig über dieses weitverbreitete Programm.

In Broschüren des betrieblichen Gesundheitsmanagement von Unternehmen z.B. Daimler Benz wird dieses Programm beworben.

Den Teilnehmern steht ein Teilnehmer-Manual zur Verfügung. Darin enthalten ist auch das 50+50-Punkteprogramm mit dem pro Woche jeweils 50 Bewegungs- und Ernährungspunkte gesammelt werden können. Damit wird ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Energiezufuhr und -verbrauch sichergestellt. Nur fehlende Ernährungspunkte können durch Bewegungspunkte ausgeglichen werden, damit soll eine stärkere Gewichtsreduzierung ausschließlich durch mehr Bewegung erreicht werden.

Über geschützte Seiten des Internetportals sind Protokolle der Gruppensitzung einsehbar [vgl.mobilis 2013, 1]. Während der einjährigen Laufzeit des Programmes wurde dreimal die Teilnehmerzufriedenheit mittels Fragebogen erhoben [vgl.Schlatterer 2013, 72].

### *Evaluation*

M.O.B.I.L.I.S ist eine seit Jahren bewährte Kommunikationskampagne mit integrierter Qualitätssicherung ( z.B. Teilnehmerfragebogen zur Zufriedenheit).

Evaluation der Maßnahmen: Auf Basis der Erfahrungen der Experten und der Rückkopplung der Teilnehmer werden die Maßnahmeninhalte stetig überprüft und verbessert [vgl.Schlatterer 2013, 72].

Intensive Gruppenarbeit stärkt die Motivation und die bleibende Verhaltensänderung.

Das Angebot des Bewegungsprogramms ist vielfältig und lässt individuelle Trainingsprogramme zu.

Das Ernährungsprogramm verzichtet auf starre Vorgaben und ermöglicht mit Hilfe des 50+50-Punkteprogramms individuelle Ernährungspläne.

Die Umsetzungskompetenz zur Verhaltensänderung wird in Gruppensitzungen auf- und ausgebaut.

Evaluation der Kommunikationskanäle und -mittel: M.O.B.I.L.I.S stützt sich auf im wesentlichen auf vier Kommunikationsarten.

- Internetportale
- Teilnehmermanuals
- Gruppensitzung
- Fragebogen

Moderne Technologie, die Interaktionen ermöglichen oder den individuellen Erfolg zeitnah sichtbar machen werden nicht eingesetzt.

Wie das Programm „leicht erreicht“ zeigt, können gerade auf diesem Feld Anreize und Motivationsimpulse erreicht werden.

Evaluation der Kampagnenergebnisse: Der durchschnittliche Body-Mass-Index der Teilnehmer verringerte sich bis zum Programmende um 5,5%. Innerhalb der ersten sechs Monate konnte zunächst eine jeweils stärkere Reduzierung gemessen werden, während in der Phase der Selbstorganisation die Werte wieder leicht anstiegen.

Die Intensität des Kraft- und Ausdauertrainings stieg vom Ausgangswert 1,29 Stunden je Woche nach sechs Monaten auf 4,57 Stunde je Woche und sank nach weiteren sechs Monaten auf durchschnittlich 3,11 Stunden je Woche ab.

Ein ähnliches Bild zeigten die Messwerte zu den Ernährungsgewohnheiten.

Insgesamt zeigte sich jedoch verglichen mit den Anfangswerten eine starke und stabile Verhaltensänderung in den Bereichen Ernährung und Bewegung bei den Teilnehmern der Interventionsgruppe. Die Werte der Kontrollgruppe blieben hingegen nahezu konstant [vgl.Schlatterer 2013, 101-107].

Gegenüber den genannten Teilzielen erreichten 42% eine Gewichtsreduzierung um mehr als 5% und 19% verringerten ihr Gewicht um mehr als 10%.

Evaluation Abbruchrate: Die Ausstiegsquote lag bei 14,5%. Dieser Wert ist relativ zu anderen Programmen gering [vgl.Schlatterer 2013, 70].

Kritisch anzumerken ist jedoch, dass der Anreiz nicht auch auf den Erfolg der Verhaltensänderung ausgerichtet war, sondern nur auf die ständige Teilnahme.



Prozessbezogene Evaluation: Zu diesem Punkt konnten keine Ergebnisse gefunden werden.

Fazit: M.O.B.I.L.I.S ist als ambulantes Schulungsprogramm durchaus in Deutschland anerkannt und zeigt überdurchschnittliche Erfolge. Die Integration in das betriebliche Umfeld ist bisher jedoch nur ansatzweise gelungen. Änderung an Verhältnissen am Arbeitsplatz oder im sozialen Umfeld des Kollegenkreises konnten daher nicht genutzt werden.

## 5.4 Gesundheits- und Fitnessinitiative

Die Gesundheits- und Fitnessinitiative (GFI) war eine Modellstudie der Bundeswehr. Sie dauerte ein Jahr und wurde 2011 durchgeführt.

### *Kampagnenumfeld*

- Anbieter: Bundeswehr
- Beteiligte: Zentrales Institut des Sanitätsdienstes der Bundeswehr, Sporthochschule Köln, Ethikkommission der Sporthochschule Köln für die Datenerhebung

### *Zielgruppen*

Angesprochen wurden alle 1010 Mitarbeiter einer Bundeswehrdienststelle, die mehrheitlich Bürodienste verrichten. Davon nahmen 490 an der Studie teil.

Aufgrund der zu Studienbeginn durchgeführten Befragung ließ sich die Zielgruppe in Nichtsportler, Wenig-Sportler, Viel-Sportler aufteilen.

### *Ziele*

Möglichst viele Mitarbeiter zur Teilnahme an der Gesundheits- und Fitnessinitiative motivieren.

Konkrete Teilziele waren:

- Hohe Teilnahmequote der Belegschaft an den Kampagnen
- Geringe Aussteigerquote

### *Strategien*

Die Gesundheitskampagne GFI konzentrierte sich insbesondere auf die kognitive Strategie.

Kognitive Strategie: Konzentration auf Informationsveranstaltungen in den Bereichen Ernährung, Bewegung und Gesundheit.

Affektive Strategie: Kostenlose Teilnahme an der Modellstudie.

Soziale Strategie: Einbindung der Kampagne in das betriebliche Umfeld, kostenlose Nutzung der Betriebsinfrastruktur und Fitnesskost in der Gemeinschaftsverpflegung.

### Umsetzung

Die Gesundheits- und Fitnessinitiative umfasst die Themenbereiche Ernährung sowie Kraft-/Ausdauertraining. Sie wurde von medizinischen Untersuchungen und Mitarbeiterbefragungen begleitet.

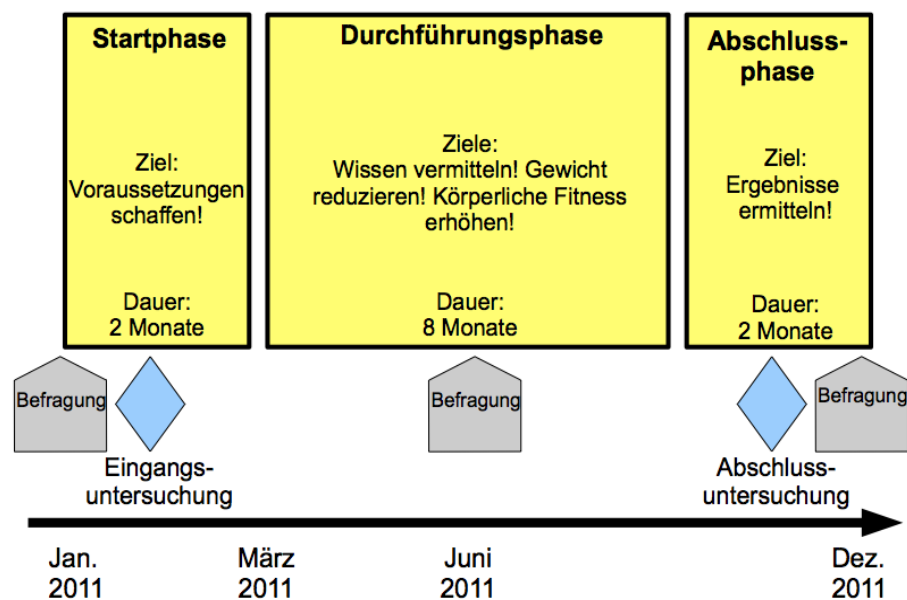


Abbildung 19: Phasen der Gesundheits- und Fitnessinitiative, eigene Abbildung

Startphase: Innerhalb der Startphase fand eine Auftaktveranstaltung statt, in deren Rahmen über Ablauf und Inhalt der Studie informiert und die Studienbeteiligten vorgestellt wurden.

Durchführungsphase: Diese achtmonatige Phase hatte im Verlauf unterschiedliche inhaltliche Schwerpunkte:

- Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung und der Eingangsuntersuchung
- Rückenschule

- Ernährung und Gewichtsreduzierung
- Ausdauertraining: Effekte, Formen, Trainingshilfen
- Krafttraining: Effekte, Formen, Trainingshilfen
- Sport- und Stressmanagement
- Gesundheit und Training im Hinblick auf Alter und Geschlecht

Im Urlaubsmonat August fanden keine Einheiten statt.

Abschlussphase: Die letzten zwei Monate von GFI waren für die Abschlussuntersuchung und für die letzte Mitarbeiterbefragung reserviert.

Medizinische Untersuchungen: Die sportärztlichen Untersuchungen zu Beginn und zum Abschluss der Studie umfasste die Bereiche:

- Body-Mass-Index
- Bauch- und Hüftumfang
- Körperfettanteil
- körperliche Fitness z.B. Maximalkräfte der Armbeuge

Methodik des Bewegungsprogramms: Unter Leitung von Sportwissenschaftlern wurden unterschiedliche Formen und Arten des Ausdauer-/Krafttrainings geübt und somit den Teilnehmern die Möglichkeit der Auswahl für ihre bleibende sportliche Aktivität geboten. Die Übungseinheiten wurden für Sparteinsteiger und für Fortgeschrittene angeboten. Begleitend fanden Informationsveranstaltungen statt.

Kommunikationskanäle/-mittel: Wichtigste Kommunikationskanäle von GFI waren

- Informationsveranstaltungen,
- ein Gesundheitsforum Intranet, z.B für aktuelle Informationen zu GFI,
- die Ansprache und Motivation der Vorgesetzten.

Mitarbeiterbefragung: Die Mitarbeiterbefragungen fanden in Fragebogenform statt. Zu Beginn, in der Mitte und zum Abschluss der Studie wurden alle Teilnehmer befragt.

Inhaltliche Schwerpunkte der Befragungen waren

- soziodemografische Daten, z.B. Alter, Gewohnheiten

- Körpermaße und Gewicht
- Gesundheit, z.B. subjektives Gesundheitsempfinden und Körpergefühl
- Ernährungsgewohnheit, z.B. Art und Menge der Ernährung
- Bewegungsverhalten, z.B. Häufigkeit, Motivatoren, Hemmnisse
- Einfluss der Kampagne, z.B. auf die Gesundheit, die körperliche Leistungsfähigkeit, die Ausgeglichenheit

### *Evaluation*

Die Evaluation von GFI konzentrierte sich auf die erzielten Ergebnisse der Gewichtsreduzierung und die Abbruchquote. Weitergehende inhaltliche und prozessbezogene Bewertungen lagen nicht vor. So durften aufgrund von Bedenken der Arbeitnehmervertretungen die sportlichen Aktivitäten der Teilnehmer (Intensität, Dauer) nicht dokumentiert werden.

Evaluation der Ergebnisse: Bei allen Teilnehmern der Studie konnten nur geringe Reduzierungen des Gewichts und des Bauch- und Hüftumfangs ermittelt werden. Bei Männern lag die Quote jeweils bei 1%, während bei den Frauen keine Veränderungen eintraten.

Positiv wurde von den Teilnehmern ihre Motivation zur gesunden Ernährung und zu mehr Bewegung vermerkt. Sie fühlten sich am Ende der Studie ausgeglichener und gesünder.

Evaluation der Abbruchquote: Von den ursprünglich 1010 Mitarbeitern nahmen 490 an der Studie teil. Abgeschlossen haben die Maßnahme 180 Mitarbeiter. Das sind 17,8% der Belegschaft. Die Abbruchquote lag damit bei 63%. Unter den Aussteigern waren die älteren Mitarbeiter verhältnismäßig stark vertreten. Keine Unterschiede konnten zwischen den einzelnen Segmenten der Teilnehmer festgestellt werden.

Fazit: Trotz hohem finanziellen und personellen Aufwand war GFI im Hinblick auf die erzielten Ergebnisse bei den Teilnehmern und der sehr hohen Aussteigerquote kein Erfolg.

Dabei waren die betrieblichen Voraussetzungen nahezu ideal. Alle Maßnahmen fanden in der Arbeitszeit statt, die Sportanlagen des Betriebs konnten genutzt werden, die Betriebskantine erweiterte ihr Essensangebot und die Teilnahme war kostenlos [vgl.Leyk/Rohde/Hartmann 2014, 320-326].

Die Verfasser der Studie kommen damit zu dem Schluss „dass mit der *klassischen* betrieblichen Gesundheitsförderung keine allgemeine und nachhaltige Verbesserung des Bewegungs- und Ernährungsverhaltens von Beschäftigten gelingen wird“ [Leyk/Rohde/Hartmann 2014, 326/ Hervorhebung M.N.].

Wie die beiden anderen Beispiele gezeigt haben, kann diese Aussage so nicht unterstützt werden. Viel mehr müssen sich Auftraggeber und eingebundene Experten fragen, ob Design und Ablauf der Kampagne nicht grundlegend verbessert werden müssen. Eine Kampagne ohne individuellen Zuschnitt, ohne moderne Möglichkeit des Dialogs und bestehend aus einer Aneinanderreihung von Informationsveranstaltungen zu unterschiedlichen Themen bietet keinen Anreiz und stärkt nicht die Umsetzungskompetenz für bleibende Verhaltensänderung.

## 6 Erfolgsfaktoren und Optimierung des Kommunikationsmanagements gegen Übergewicht im Betrieb

Betriebliche Kommunikationskonzepte gegen Übergewicht haben bisher in Deutschland keine umfassende Verbreitung. Trotzdem lassen sich aus den bisherigen Erfahrungen und den aufgeführten Praxisbeispielen eindeutige Erfolgsfaktoren ableiten.



Abbildung 20: Erfolgsfaktoren und Optimierung des Kommunikationsmanagements, eigene Abbildung

*Kampagne in das Leitbild des Unternehmens integrieren:* Kampagnengegenstand und -ziele müssen mit dem Leitbild des Unternehmens, mit den Zielen der betrieblichen Ge-

sundheitsmanagements im Einklang stehen. Sie sind ein Baustein zur Gesundheitsförderung im Unternehmen. Das Management und die Arbeitnehmervertreter müssen die Kampagne unterstützen und die Verhältnisse im Unternehmen nach den Kampagnenzielen ausrichten.

*Konkrete und erreichbare Kampagnenziele festlegen:* Verhaltens- und Lebensstiländerung erfordern Zeit. Der Weg dahin sollte in kleinen, erreichbaren Schritten vollzogen werden. Daher ist bei der Festlegung auf die konkrete Messbarkeit der Zielerreichung zu achten und auf die Ausgewogenheit der Zielformulierung.

*Kampagnenstrategie umfassend entwerfen:* Die Wissensvermittlung zur gesunden und ausgewogenen Ernährung sowie zur körperlichen Leistungsfähigkeit durch Bewegung ist Basis jeder Kampagne. Darüber hinaus sollten individuelle Anreize gesetzt werden, die die Motivation und das Durchhaltevermögen stärken. Beteiligung an den Kampagnenkosten in Form von Teilnahmegebühren sind hierbei hilfreich, denn Gutes darf auch etwas kosten. Ein Bonusfaktor, der in Abhängigkeit vom individuellen Erfolg eine Minderung der Teilnahmegebühr bewirkt, stellt eine äußerst sinnvolle Ergänzung dar. Schließlich ist die Kampagne in das betriebliche Umfeld einzubeziehen. Gemeinsame Gruppen- und Trainingsarbeit im Kollegenkreis stärken das Zusammengehörigkeitsgefühl und entwickeln eine starke Bindung zum Unternehmen.

*Problemumfassende Kampagne entwerfen:* Einzelmaßnahmen zur Ernährung oder zur Bewegung zeigen in der Praxis nicht den gewünschten Erfolg. Mit der Kombination beider Themenbereiche, ergänzt durch medizinische Untersuchungen und Hilfestellungen zur Verhaltensänderung kommt man der Lösung des Problems „Übergewicht“ näher.

*Die besten Komponenten auswählen:* Das eigenständige Konzipieren und Realisieren einer Kampagne durch das Unternehmen ist aus Kosten- und Kompetenzgründen nicht möglich. Zudem gibt es am Markt eine ausreichende Anzahl in der Praxis bewährter Einzelkomponenten. Das Praxisbeispiel „leicht erreicht“ zeigt dies. Unter den Angeboten von Hochschule, privaten Anbietern und Krankenkasse kann so eine erfolgreiche Kampagne zusammengestellt werden.

*Verantwortliche Kampagnenorganisation bestimmen:* In das Kampagnenteam sind alle externen Experten einzubinden. Darüber hinaus sollten die betriebsinternen Spezialisten, wie Arbeitsmedizin und die Arbeitnehmervertretung in das Team aufgenommen werden. Es ist eine Teamleitung zu bestimmen und dem Team klare Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortungen zuzuordnen.

*Möglichst homogene Zielgruppen bilden:* Übergewicht hat höchst unterschiedliche Ursachen. Zudem sind das Ernährungs- und Bewegungsverhalten von Übergewichtigen nicht identisch. Diese Unterschiede und die betrieblichen Notwendigkeiten, z.B. Schichtpläne sollten bei der Zusammenstellung der Zielgruppe berücksichtigt werden.

*Motivierende und klare Botschaft formulieren:* Jede erfolgreiche Kampagne hat eine klare, ansprechende Botschaft. Es muss Freude machen unter dieser Botschaft an der Kampagne teilzunehmen.

*Auf nachhaltige Verhaltensänderung ausgerichteten Kampagnenverlauf realisieren:* Die Kampagne sollte in vier Phasen aufgeteilt werden und über zwölf Monate laufen.

- Die Startphase dient der Aufnahme der Ausgangssituation, z.B. medizinische Eingangsuntersuchung, der Vermittlung des Grundwissens zu Ernährung und Bewegung und der ersten Praxisübungen. Am Ende dieser Phase hat jeder Teilnehmer seinen ersten Trainings- und Ernährungsplan aufgestellt.
- In der Gewichtsreduzierungsphase werden konkrete Maßnahmen zum Kraft-/Ausdauertraining unter Anleitung von Experten durchgeführt. Jeder Teilnehmer lernt eine Vielzahl von Trainingsmöglichkeiten kennen unter denen er seine Auswahl trifft. Hinsichtlich der Ernährung werden die Kenntnisse erweitert und Möglichkeiten zur Umsetzung aufgezeigt.
- In der Ausschleichphase übernimmt jeder Teilnehmer mehr Eigenverantwortung für seine Trainingsorganisation und sein Ernährungsverhalten. In Gruppen werden Erfahrungen ausgetauscht und die Umsetzungskompetenz gestärkt.
- Die abschließende Stabilisierungsphase sieht keine geführten Trainingseinheiten vor. Ernährungs- und Bewegungsverhalten liegen vollständig in den Händen der Teilnehmer. Der Erfahrungsaustausch in den Gruppen bleibt zur Stärkung der Umsetzungskompetenz erhalten.

*Kommunikationskanäle auf die Zielgruppen zuschneiden:* Der Einsatz moderner Technik, die aktuelle und umfassende Kommunikation ermöglicht, wirkt motivierend. Elektronische Patientenakte und aktuelle Erfolgsmessungen in geschützten Internetportalen sind hierfür zwei Beispiele. Grundsätzlich sollte allen Teilnehmer darüber hinaus die persönliche Ansprache, der Dialog ermöglicht werden.

*Einen hohen Grad an Individualisierung anstreben:* Das Erreichen von persönlichen Zielen setzt individuelle Trainings- und Ernährungspläne voraus.



*Betriebsverhältnisse auf Kampagnenziele ausrichten:* Kampagnengerechte Gestaltung der Schichtpläne, zur Verfügung stellen der Betriebsinfrastruktur, z.B. Sportanlagen, Umstellung des Kantinenessens auf gesunde Ernährung sowie die Unterstützung des Managements und der Arbeitnehmervertretung unterstützen den Erfolg.

*Evaluation und Qualitätssicherung als Lernprozess einrichten:* Die betrieblichen Kommunikationskampagnen gegen Übergewicht werden über einen längeren Zeitraum wiederholt werden müssen, um alle Betroffenen zu erreichen. Daher ist der Erfahrungsrückfluss aus durchgeführten Kampagnen für die Verbesserung der zukünftigen äußerst wichtig.

Anhand der aufgeführten Erfolgsfaktoren werden die drei beschriebenen Kommunikationskonzepte bewertet:

Erfolgsfaktoren	„leicht erreicht“	M.O.B.I.L.I.S	Gesundheits- und Fitnessinitiative
Kampagne in das Leitbild des Unternehmens integrieren	Erfolgt	Muss erfolgen	Keine Angabe
Konkrete und erreichbare Kampagnenziele festlegen	Konkrete, messbare Ziele	Konkrete, messbare Ziele	Auf Teilnahme- und Aussteigerquote beschränkt
Kampagnenstrategie umfassend entwerfen	Kognitiv: Wissensvermittlung Affektiv: Bonus für Erfolg Sozial: Gruppenarbeit	Kognitiv: Wissensvermittlung Affektiv: Bonus für Teilnahme Sozial: Gruppenarbeit	Kognitiv: Wissensvermittlung
Problemumfassende Kampagne entwerfen	Alle Aspekte berücksichtigt (Ernährung, Bewegung, Verhaltensänderung)	Alle Aspekte berücksichtigt (Ernährung, Bewegung, Verhaltensänderung)	Konzentration auf Schulungsveranstaltungen und Bewegung
Die besten Komponenten auswählen	Nachweislich bewährte und innovative Komponenten	Nachweislich bewährte Komponenten	Schulungs- und Trainingsexperten
Verantwortliche Kampagnenorganisation bestimmen	Erfolgt	Muss erfolgen	Erfolgt
Möglichst homogene Zielgruppe bilden	- Teilnahmevoraussetzungen - Eingangsuntersuchungen - Gleiche Schichtpläne	- Teilnahmevoraussetzungen - Eingangsuntersuchungen	- Alle gemeldeten Mitarbeiter - Nicht-, Wenig-, Vielsportler
Motivierende und klare Botschaft formulieren	„leicht erreicht“	„Bewegt abnehmen“	--
Auf nachhaltige Verhaltensänderung ausgerichteten Kampagnenverlauf realisieren	- Dauer: 1 Jahr - 4 Phasen - Stärkung der Umsetzungskompetenz	- Dauer: 1 Jahr - 3 Phasen - Stärkung der Umsetzungskompetenz	- Dauer: 1 Jahr - Achtmonatige Durchführungsphase
Kommunikationskanäle auf die Zielgruppen zuschneiden	Event, Mitarbeiterzeitschrift, Dialog, Internet, Mobil	Event, Dialog, Internet, Broschüre	Event, Intranet, Fragebogen
Einen hohen Grad an Individualisierung anstreben	- Individuelle Ziele - Individueller Trainingsplan - Individueller Ernährungsplan	- Individuelle Ziele - Individueller Trainingsplan - Individueller Ernährungsplan	Training für Sporteinsteiger und Fortgeschrittene
Betriebsverhältnisse auf Kampagnenziele ausrichten	- Anpassen der Schichtpläne - Freie Nutzung der Betriebsinfrastruktur	Muss erfolgen	- Training während der Arbeitszeit - Fitnesskost in der Kantine
Evaluation und Qualitätssicherung als Lernprozess einrichten	- Evaluation mit Hilfe von Kontrollgruppe - Sehr gute Ergebnisse	- Evaluation mit Hilfe von Kontrollgruppe - Gute Ergebnisse - Standardisierung und Qualitätssicherung	- Konzentration auf wenige Werte - Unterdurchschnittliche Ergebnisse

Abbildung 21: Bewertung der Kommunikationskonzepte, eigene Abbildung

Die Modellstudie „leicht erreicht“ zeigt, dass betriebliche Kommunikationskampagnen gegen Übergewicht erfolgreich konzipiert und umgesetzt werden können. In der Zukunft sollte dieser Weg weiterverfolgt, stetig verbessert und auf andere Unternehmen übertragen werden.

## Literaturverzeichnis

ARNOLD, Elisabeth (2010): Der Betriebsarzt Als Akteur In Der Gesundheitsförderung Am Arbeitsplatz URL: [www.Gda-Portal.De/De/Pdf/Buero-Vortrag-Vdbw.Pdf?\\_Blob=Publicationfile&V=2](http://www.Gda-Portal.De/De/Pdf/Buero-Vortrag-Vdbw.Pdf?_Blob=Publicationfile&V=2) (29.04.2012).

BACHOFEN, Mark (2007): Betriebliche Gesundheitsmanagement im Kanton Aargau.- Sucht. URL: [www.bgm.ag.ch/wissen/sucht.html](http://www.bgm.ag.ch/wissen/sucht.html) (29.04.2014).

BAUER Andrea (2007): Betriebliches Gesundheitsmanagement im Kanton Aargau.Stress. URL: [www.bgm-ag.ch/wissen/stress.html](http://www.bgm-ag.ch/wissen/stress.html) (29.04.2014).

BARMER (2013): Alles rundum Mobilis für die Versicherten. URL: [www.barmer-gek.de/barmer/web/portale/versicherte/rundum-gutversichert/leistungen-beitraege/lexikon:20leistungen/alle\\_20eintr-C3\\_allge/mobilis.html](http://www.barmer-gek.de/barmer/web/portale/versicherte/rundum-gutversichert/leistungen-beitraege/lexikon:20leistungen/alle_20eintr-C3_allge/mobilis.html)

BEER, Michael (2012): sechster Schweizerischer Ernährungsbericht. URL: [www.biblio.parlament.ch/e-docs/368226.pdf](http://www.biblio.parlament.ch/e-docs/368226.pdf). (29.04.2014).

BERG, Andreas (2007): M.O.B.I.L.I.S light-Mehr bewegen. Gesünder Essen. URL: [www.mobilis-programm.de/Pressemeldung%202007.02.21.pdf](http://www.mobilis-programm.de/Pressemeldung%202007.02.21.pdf) (10.05.2014)

BONFADELLI,Heinz/Friemel,Heinz (2010): Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich. Grundlagen und Anwendungen. 2 Aufl. Konstanz.

BZGA(2007): Gib Aids keine Chance. URL: [www.gib-aidskeinechance.de/kampagnen/gib\\_aids\\_keine\\_chance-php](http://www.gib-aidskeinechance.de/kampagnen/gib_aids_keine_chance-php). (29.04.2014).

BZGA (2013): Deutschland sucht den Impfpass. URL: [www.presserelations.de/news/standars/result\\_main.cfm?aktion=jour\\_pm&r=509878](http://www.presserelations.de/news/standars/result_main.cfm?aktion=jour_pm&r=509878). (29.04.2014).

BZGA (2013): Der verzweifelte Kampf um Oraganspender. URL: [www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/organspende-bzga-startet-neue-kampagne-nach-transplantationsskandal-a-902821.html](http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/organspende-bzga-startet-neue-kampagne-nach-transplantationsskandal-a-902821.html). (29.04.2014).

CARVAJAL, Maria (2007): Betriebliches Gesundheitsmanagement im Kanton Aargau. Ernährung. URL: [www.bgm-ag.ch/wissen/ernaehrung.html](http://www.bgm-ag.ch/wissen/ernaehrung.html). (29.04.2014).

DAG(2006): Deutsche Adipositas Gesellschaft. Definition. URL: [www.adipositas-gesellschaft.de/index.php?id=39](http://www.adipositas-gesellschaft.de/index.php?id=39). (03.05.2014).

DOHM, Sandra/Wilhelm, Matthias/Töpsch, Karin (2011): Betriebliches Gesundheitsmanagement. URL: [www.bgw-online.de/sharedDocs/Downloads/DE/Medientypen/bgw\\_ratgeber/RGM15\\_Ratgeber-Betriebliches-Gesundheitsmanagement\\_Download.pdf?\\_blob=publicationFile](http://www.bgw-online.de/sharedDocs/Downloads/DE/Medientypen/bgw_ratgeber/RGM15_Ratgeber-Betriebliches-Gesundheitsmanagement_Download.pdf?_blob=publicationFile). (01.05.2014).

DNBFG (2007): Luxemburger Deklaration: Zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union. URL: [www.netzwerk-unternehmen-fuer-gesundheit.de/fileadmin/rs-dokumente/dateien/luxemburger\\_Deklaration\\_22\\_Okt07.pdf](http://www.netzwerk-unternehmen-fuer-gesundheit.de/fileadmin/rs-dokumente/dateien/luxemburger_Deklaration_22_Okt07.pdf). (02.05.2014).

FEUCHTER, Silvia/Keuchen, Gernot (2014): Leitfaden für Betriebsärzte zu Aufgaben und Nutzen betriebsärztlicher Tätigkeiten. URL: [www.dguv.de/medien/inhalt/praevention/themen\\_a\\_z/arbmed/documents/leitfaden\\_nutzen.pdf](http://www.dguv.de/medien/inhalt/praevention/themen_a_z/arbmed/documents/leitfaden_nutzen.pdf). (06.06.2014).

FROBÖSE, Ingo/Wilke, Christiane/Biallas, Bianca (2011): Unternehmen unternehmen Gesundheit URL: [www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/publikation/praevention/broschueren/broschuere\\_unternehmen\\_unternehmen\\_gesundheit\\_-\\_betriebliche\\_gesundheitsfoerderung\\_in\\_kleinen\\_und\\_mittleren\\_unternehmen.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/publikation/praevention/broschueren/broschuere_unternehmen_unternehmen_gesundheit_-_betriebliche_gesundheitsfoerderung_in_kleinen_und_mittleren_unternehmen.pdf). (06.05.2014).

GÄRTNER, Daniel (2013): Städtisches Klinikum Karlsruhe. Adipositaszentrum. URL: [www.klinikum-karlsruhe.com/medizin/medizinische-schwerpunkt...itaszentrum/allgemeinevorstellung/grundlegende-fragen/print.html](http://www.klinikum-karlsruhe.com/medizin/medizinische-schwerpunkt...itaszentrum/allgemeinevorstellung/grundlegende-fragen/print.html). (03.05.2014).

GEAD(2010): Einflussfaktoren auf die Gesundheit. Übergewicht und Adipositas. URL: [www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/Geda2010/uebergewicht\\_adipositas.pdf?\\_blob=publicationfile](http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/Geda2010/uebergewicht_adipositas.pdf?_blob=publicationfile). (29.04.2014).

HURRELMANN, Klaus/Klotz, Theodor/Haisch, Joachim(2010): Einführung: Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. URL: [uni-ulm.de/fileadmin/website\\_uni\\_ulm/med.inst.020/einfuehrungsscript\\_ab\\_ss\\_2010.pdf](http://uni-ulm.de/fileadmin/website_uni_ulm/med.inst.020/einfuehrungsscript_ab_ss_2010.pdf). (06.05.2014).

KREIS, Julia/Bödeker, Wolfgang(2003). Gesundheitlicher und ökonomischer Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. URL: [www.iga-info.de/fileadmin/veroeffentlichungen/iga-reporte\\_projektberichte/iga-report\\_13\\_Wirksamkeit\\_Gesundheitsfoerderung\\_praention\\_betrieb.pdf](http://www.iga-info.de/fileadmin/veroeffentlichungen/iga-reporte_projektberichte/iga-report_13_Wirksamkeit_Gesundheitsfoerderung_praention_betrieb.pdf). (06.05.2014).

LARISCH-KEMPF, Cindy (2011): Psychosoziale Prädiktoren für den Therapieerfolg an einem bewegungsorientierten Schulungsprogramm für adipöse Erwachsene. URL: [www.freidok.uni-freiburg.de/volltext/7977/pdf/Larisch\\_Kempf\\_doktorarbeit.pdf](http://www.freidok.uni-freiburg.de/volltext/7977/pdf/Larisch_Kempf_doktorarbeit.pdf) (12.05.2014).

LEYK, Dieter/Rohde, Ulrich/Hartmann, Nadine (2014): Ergebnisse einer betrieblichen Gesundheitskampagne. URL: [www.aerzteblatt.de/pdf/111/18/m320.pdf](http://www.aerzteblatt.de/pdf/111/18/m320.pdf) (12.05.2014).

MAHRDT, Niklas (2009): Crossmedia. Werbekampagnen erfolgreich planen und Umsetzen. Wiesbaden.

MDS (2013): Präventionbericht 2013. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. URL: [www.mds-.de/media/pdf/praeventionsbericht\\_2013\\_Lesezeichen\(1\).pdf](http://www.mds-.de/media/pdf/praeventionsbericht_2013_Lesezeichen(1).pdf). (08.05.2014).

MEFFERT, Heribert/Burmann, Christoph/Kirchgeorg, Manfred (2012). Marketing. Grundlagen marktorientierter Unternehmensführung. 11. Aufl. Wiesbaden.

MENSINK, Gert (2012). Übergewicht und Adipositas in Deutschland: werden wir immer dicker? URL: [www.adipositas-gesellschaft.de/fileadmin/pdf/daten/degs\\_uebergewicht\\_adipositas\\_16-06-12.pdf](http://www.adipositas-gesellschaft.de/fileadmin/pdf/daten/degs_uebergewicht_adipositas_16-06-12.pdf). (03.05.2014).

MOBILIS (2013): Punkteprogramm 50+50 URL: [www.mobilis-programm.de/faq%kursinhalte%2050+50-punkteprogramm.htm](http://www.mobilis-programm.de/faq%kursinhalte%2050+50-punkteprogramm.htm) (11.05.14).

REISLOH, Lena (2013). Betriebliche Gesundheitsförderung zur Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen – Konzeption und Evaluation des innovativen, interdisziplinären Adipositasprogramm „leicht erreicht“. URL: [www.esport.dsds-koeln.de/405/1/DissertationReisloh11\\_2013.pdf](http://www.esport.dsds-koeln.de/405/1/DissertationReisloh11_2013.pdf) (10.05.2014).

RIESEN, Hansveli (2007). Betriebliches Gesundheitsmanagement im Kanton Aargau. Ergonomie. URL: [www.bgm-ag.ch/wissen/ergonomie.html](http://www.bgm-ag.ch/wissen/ergonomie.html). (29.04.2014).

ROSENBROCK, Rolf (1998). die Umsetzung der Ottawa Charta in Deutschland.Prävention und Gesundheitsförderung im gesellschaftlichen Umgang mit Gesundheit und Krankheit. URL: [www.bibliothek.wzb.eu/pdf/1998/p98-201.pdf](http://www.bibliothek.wzb.eu/pdf/1998/p98-201.pdf). (30.04.2014).

ROSENBROCK, Rolf (2003). Prävention und Gesundheitsförderung als Komponenten der Gesundheitssicherung. URL: [www.z-sozialreform.de/ccm/cms-service/stream/asset/49:03\\_04%20rosenbrock.pdf?asset\\_id=878057](http://www.z-sozialreform.de/ccm/cms-service/stream/asset/49:03_04%20rosenbrock.pdf?asset_id=878057) (30.04.2014).

SCHLATTERER, Martina (2013): Veränderung des Bewegungs- und Ernährungsverhaltens adipöser Personen: eine Evaluation des M.O.B.I.L.I.S Interventionsprogramms. URL: [www.freidok.uni-freiburg.de/volltexte/8948/pdf/Dissertation\\_Schlatterer.pdf](http://www.freidok.uni-freiburg.de/volltexte/8948/pdf/Dissertation_Schlatterer.pdf) (12.05.2014).

SCHÜLLER, Rüdiger (2010). Pronova BKK. "leicht erreicht!" - ein Projekt im Setting der Betrieblichen Gesundheitsförderung zum Thema Adipositas. URL: [www.pronova-cometogether.de/Downloads/Prof\\_Dr\\_Hans-Georg\\_Predel-abstract\\_Ruediger\\_Schueller.pdf](http://www.pronova-cometogether.de/Downloads/Prof_Dr_Hans-Georg_Predel-abstract_Ruediger_Schueller.pdf) (10.05.2014).

SIEBERT, Diana (2006): Stand und Perspektiven der settingbezogenen Netzwerkarbeit in der Gesundheitsförderung in Deutschland.Magdeburg. URL: [www.cms.gesundheitsförderung.info/inhalt/abschlussarbeiten/03\\_diplomarbeiten/siebert\\_diana\\_diplomarbeit\\_ueberarbeitet\\_12\\_2006.pdf](http://www.cms.gesundheitsförderung.info/inhalt/abschlussarbeiten/03_diplomarbeiten/siebert_diana_diplomarbeit_ueberarbeitet_12_2006.pdf). (02.05.2014).

SONNTAG, Ute/Hartmann, Thomas (2008). Arbeitskreis gesundheitsfördernde Hochschulen. URL: [www.gesundheitsfördernde-hochschule.de/html/g\\_themen/g2\\_bgf1.html](http://www.gesundheitsfördernde-hochschule.de/html/g_themen/g2_bgf1.html). (29.04.2014).

SPATZ, Johann(2014). Klinikum Augsburg. Ursachen der Adipositas. URL: [www.klinikum-augsburg.de/2512/ursachen\\_der\\_adipositas.htm](http://www.klinikum-augsburg.de/2512/ursachen_der_adipositas.htm). (03.05.2014).

TECHNIKER KRANKENKASSE (2008). Betriebliche Gesundheitsförderung. URL: [www.tk.de/leistungen-unds-services7VORSORGE-UNDFRUEHERKENNEN/bgm/38664](http://www.tk.de/leistungen-unds-services7VORSORGE-UNDFRUEHERKENNEN/bgm/38664). (29.04.2014).

UBGM (1999). Praxisleitfaden für betriebliches Gesundheitsmanagement. URL: [www.gesundheitsmanagement24.de/praxisleitfaden-checklisten/praxisleitfaden-betriebliches-gesundheitsmanagement/](http://www.gesundheitsmanagement24.de/praxisleitfaden-checklisten/praxisleitfaden-betriebliches-gesundheitsmanagement/) (01.05.2014).

UKK (2004). Ukk Walking Test. Definition. URL:

[www.mesics.de/fileadmin/user/literature/Allgemein/ull.pdf](http://www.mesics.de/fileadmin/user/literature/Allgemein/ull.pdf) (10.05.2014).

VITAPHONE (2014). Vier Kleidergrößen in sechs Monaten verlieren. URL:

[www.vitaphone.de/presse/pressemitteilung/vier-kleidergoessen/](http://www.vitaphone.de/presse/pressemitteilung/vier-kleidergoessen/) (10.05.2014).

WALTER, Uta/münch, eckard/badura, bernhard (2002). Betriebliches

Gesundheitsmanagement-eine Investition in das Sozial-und Humankapital.

URL:[www.boeckler.de/wsimit\\_2002\\_09\\_walter.pdf](http://www.boeckler.de/wsimit_2002_09_walter.pdf). (29.04.2014).

WIENEMANN, Elisabeth (2002). betriebliches Gesundheitsmanagement. URL:

[www.wa.uni-hannover.de/wa/konzept/wa\\_bgmkonzept.pdf](http://www.wa.uni-hannover.de/wa/konzept/wa_bgmkonzept.pdf). (03.05.2014).

WIENEMANN, Elisabeth/wattendorff, Frank (2004). Betriebliches

Gesundheitsmanagement. Weiterbildungsstudium Arbeitswissenschaft der Universität

Hannover. URL: [www.wa.uni-hannover.de/wakonzepte/gesundheitsmanagment.pdf](http://www.wa.uni-hannover.de/wakonzepte/gesundheitsmanagment.pdf).

(03.05.2014).



## **Lebenslauf**

Name: Marieke Nolte

Geburtsdatum: 24.04.1987

Geburtort: Essen

Wohnort: Ob der Eichhalden 21

76228 Karlsruhe

Eltern: Harald Nolte

Gesine Nolte

Geschwister: Sönke Nolte

Schule:

1993-2005 Freie Waldorfschule Essen, Erlangen des  
Realschulabschlusses

2005-2006 Steigenberger Akademie, Bad Reichenhall

2006-2007 Ausbildung zur Hotelfachfrau im Steigenberger Hotel  
Stuttgart

2007-2008 Ausbildung zur Restaurantfachfrau im Restaurant Bella  
Italia Göppingen

2008-2009 Ausbildung zur Restaurantfachfrau im Restaurant Brenne  
Kirchheim Teck



2009-2010 Agnes von Hohenstaufenschule, Erlangen des Fachabiturs  
Schwäbisch Gmünd

2011-2014 EC Europa Campus Karlsruhe Studium im  
Gesundheitswesen

Beschäftigung:

1. April-30.Sept. `11 Restaurant Naturgewalten Sylt als Restaurantfachfrau

Sprachkenntnisse: Englisch, griechisch

Praktika: Steigenberger Parkhotel in Düsseldorf  
Seniorenzentrum Markuskirche in Dormagen

Nebentätigkeit: Daimler Presswerk Kuppenheim seit 2012

## **Eigenständigkeitserklärung**

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe. Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Quellen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht. Diese Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

---

Karlsruhe, den 20. Juni 2014

Marieke Nolte